Marie-Claude Delahaye

CARTEA FEMEII

Răspunsuri la toate întrebările pe care și le pune o femeie în diferitele perioade ale vieții sale

Teora

Internet: www.teora.ro

Cartea femeii

Răspunsurile corecte la întrebările intime, pe care şi le pune orice femeie

Acest ghid se adresează tuturor femeilor. El răspunde tuturor întrebărilor pe care şi le pun încă din adolescenţă. De exemplu:

– Când se poate vorbi de cicluri anormale?

– Se poate vindeca acneea?

– Pilula anticoncepţională are efecte secundare?

– Care sunt contraindicaţiile steriletului?

– Cum se ajunge la plăcerea sexuală?

– După ce semne se poate repera ovulaţia?

– Cum se manifestă diferite boli genitale?

– Cum se tratează?

O carte indispensabilă pentru a-ţi trăi mai deplin viaţa de femeie.

Marie-Claude Delahaye

CARTEA FEMEII

Traducere de Liviu Moldovan

Teora

LE LIVRE DE BORD DE LA FEMME

CUPRINS

INTRODUCERE

ORGANELE FEMININE

ORGANELE GENITALE EXTERNE

ORGANELE GENITALE INTERNE

IGIENA INTIMĂ

Toaleta

– Ce săpun utilizăm pentru toaleta intimă?

– Trebuie să folosim un produs antiseptic?

– Pot fi utilizate deodorante?

– Care este modul cel mai bun de a-ţi face toaleta intimă?

– De ce trebuie evitată toaleta internă?

– Cu ce ocazii ar fi necesară efectuarea unei toalete interne?

– Ce părere să avem despre duşurile vaginale?

Pilozitatea

– Trebuie să ne neliniştească o pilozitate excesivă?

– Trebuie să îndepărtăm părul de la subsuori?

– Trebuie să îndepărtăm părul de pe pubis?

– Cum să îndepărtăm părul de prisos?

SÂNII

– Cum sunt alcătuiţi sânii?

– De ce sânii nu au toţi aceeaşi formă?

– De ce sânii nu au toţi aceeaşi consistenţă?

– De ce putem avea un sân mai dezvoltat decât celălalt?

– Cum sunt susţinuţi sânii?

– Ce este un mamelon ombilicat?

– Se pot depila perii de pe sâni?

– Soarele este periculos pentru sâni?

– Volumul sânilor este supus variaţiilor?

Frumuseţea sânilor

– Cum să păstrăm frumuseţea sânilor?

– Sutienul obligatoriu…

– Supravegheaţi-vă ţinuta.

– Faceţi grimase

– Evitaţi căldura.

– Înotaţi

– Faceţi câteva exerciţii de gimnastică

– Utilizaţi cremele

– Se poate modifica forma sau volumul sânilor?

– Se pot micşora sânii prea mari?

– La ce vârstă poate fi luată în considerare o reducere mamară?

– Există contraindicaţii la reducerea mamară?

– În ce constă riscul cicatricelor?

– Cât timp durează spitalizarea?

– Ce precauţii trebuie luate după operaţie?

– Este posibilă o sarcină după o reducere mamară?

– Alăptarea va fi posibilă?

– Sânul îşi mai păstrează sensibilitatea?

– Cum se măreşte volumul sânilor prea mici?

Poate apărea o respingere a protezei?

– Ce precauţii trebuie să luăm după montarea unei proteze?

– Proteza permite alăptarea?

– Proteza poate provoca un cancer?

– Se poate face ceva pentru sânii lăsaţi?

CICLUL MENSTRUAL

– Ce este ciclul menstrual?

– Care sunt hormonii ce asigură un ciclu menstrual normal?

– Neuro-hormonul hipotalamic

– Hormonii hipofizari

– Hormonii ovarieni

– Ce se petrece în ovare în cursul unui ciclu menstrual?

– Ce sunt menstruaţiile?

– Ce semnifică scurgerile menstruale?

– Care este cauza menstruaţiilor?

– Se pierde mult sânge în timpul menstruaţiei?

– Ce particularităţi are sângele menstrual?

– De ce scurgerile menstruale au un anumit miros?

– Cât timp durează menstruaţia?

– Care este intervalul normal între menstruaţii?

– Se poate grăbi sau întârzia menstruaţia după dorinţa proprie?

– Când se poate vorbi de cicluri anormale?

– Care sunt cauzele ciclurilor neregulate?

– Căror cauze li se poate datora o întârziere a menstruaţiei?

– Ce e de făcut când apare o întârziere a menstruaţiei?

– Poate o cură de slăbire să aibă vreo influenţă asupra menstruaţiei?

– Poate apărea menstruaţia fără să se fi produs ovulaţia?

– Sunt permise raporturile sexuale în timpul menstruaţiei?

– Există riscul de a rămâne gravidă în timpul menstruaţiei?

– Cum se manifestă menstruaţiile dureroase?

– De ce pot fi dureroase menstruaţiile?

– Ce e de făcut când menstruaţiite sunt dureroase?

– Trebuie să ne îngrijorăm din cauza menstrualilor prea abundente sau care durează prea mult?

– Există medicamente care cresc fluxul menstrual?

– Trebuie să ne îngrijoreze menstruaţiile mai puţin abundente sau care durează puţin?

– Trebuie să ne îngrijoreze sângerările care apar între menstruaţii?

– Care pot fi cauzele absenţei menstruaţiei?

– Ce este sindromul premenstrual?

– Care sunt simptomele sindromului premenstrual?

– Care sunt cauzele sindromului premenstrual?

– Se schimbă comportamentul în perioada sindromului premenstrual?

– Există vreun tratament pentru atenuarea efectelor sindromului premenstrual?

PRIMELE CICLURI: PUBERTATEA

Secreţia primilor hormoni

Apariţia caracterelor sexuale secundare

Maturizarea aparatului genital

Primele cicluri

– La ce vârstă apare prima menstruaţie?

– Există elemente care influenţează vârsta pubertăţii?

– Când se poate vorbi de pubertate precoce?

– Când se poate vorbi de o întârziere a pubertăţi?

– Trebuie să ne îngrijorăm când ciclul întârzie?

– Din ce cauză menstruaţiile pot fi abundente la tinere?

– Primele cicluri pot fi şi nedureroase. De ce?

– De ce menstruaţiile sunt în general dureroase la adolescente?

– Cum să facem să dispară durerile legate de ciclu?

– Ce fel de protecţie să alegem la ciclu?

– O tânără virgină poate folosi tampoane intravaginale?

– Se poate duce o viaţă normală în timpul menstruaţiei?

PERTURBAŢIILE PUBERTĂŢII

Perturbaţiile psihice

Probleme cu greutatea

Acneea

– Care sunt cauzele care produc acneea?

– Se poate vindeca acneea?

– Care sunt precauţiile ce trebuie luate în caz de acnee?

SFÂRŞITUL CICLURILOR: MENOPAUZA

– Ce este perimenopauza?

– Căror cauze se datorează menopauza?

– Cum se manifestă perimenopauza?

– Dezechilibrul estrogeni – progesteron poate provoca probleme deosebite?

– Dacă menstruaţia lipseşte la termen, cum se poate şti dacă nu este o sarcină?

– În ce constă tratamentul perimenopauzei?

– Când trebuie să începem un tratament progestativ?

– Ce e de făcut dacă menstruaţia nu apare după administrarea unui progestativ?

– Cât timp trebuie urmat tratamentul cu progestativ?

– Ce este menopauza?

– La ce vârstă survine menopauza?

– Există factori care influenţează vârsta când se instalează menopauza?

– Pilulele contraceptive luate mai mulţi ani la rând întârzie menopauza?

– Care pot fi cauzele unei menopauze precoce?

– Prin ce se caracterizează menopauza în plan hormonal?

– Care sunt tulburările imediate legate de menopauză?

– Care sunt efectele pe termen lung ale menopauzei?

– Poate fi prevăzut riscul apariţiei osteoporozei?

– Cum se poate trata osteoporoza?

– Ce tratamente se pot aplica la menopauză?

TRATAMENTUL HORMONAL AL MENOPAUZEI

– În ce constă tratamentul hormonal?

– Cum se administrează hormonii?

– Cum se poate şti dacă doza de estrogeni prescrisă este corectă?

– Care sunt binefacerile tratamentului hormonal?

– În ce cazuri este interzis tratamentul hormonal?

– În ce cazuri este contraindicat tratamentul hormonal?

– Tratamentul hormonal al menopauzei poate provoca un cancer?

– Când trebuie început tratamentul hormonal?

– Cât timp trebuie urmat tratamentul?

– Există menstruaţie cât timp se urmează tratamentul hormonal?

– Este normală sângerarea între cicluri când se urmează tratamentul hormonal?

– Care sunt constrângerile impuse de tratamentul hormonal al menopauzei?

– Trebuie să te tratezi dacă menopauza trece fără probleme?

CONTRACEPŢIA

PILULA

– Este cu adevărat necesară vizita medicală înaintea primei folosiri a pilulei?

– Pilula are efecte secundare?

– Se interzice folosirea pilulei în anumite cazuri?

– Există medicamente incompatibile cu pilula?

– Poate fi pilula răspunzătoare de accidentele vasculare?

– Diferitele tipuri de pilule

– Este adevărat că tutunul şi pilula nu sunt compatibile?

– Pilula combinată micşorează riscul de salpingită. Este adevărat?

– Pilula combinată ar avea un efect protector asupra ovarului. Este adevărat?

– Pilula poate provoca un cancer?

– Pilula poate provoca greaţa?

– Pilula poate fi cauza migrenelor?

– Pilula te poate îngraşă?

– Pilula are influenţă asupra dispoziţiei?

– Pilula micşorează oare dorinţa sexuală?

Cum se iau pilulele?

– Când începe efectul protector al pilulei?

În caz că aţi uitat, ce e de făcut?

– Ce se înţelege prin pilula de a doua zi?

– Ce să credem despre sângerările care survin între cicluri? Ce să credem despre absenţa menstruaţiei în perioada de întrerupere dintre două plachete?

– Putem întârzia apariţia menstruaţiei când suntem sub influenţa pilulei?

– Există riscul de a rămâne gravidă în perioada de întrerupere a administrării pilulei?

– Pilula poate duce la sterilitate?

– Se poate schimba pilula în cursul ciclului?

– Trebuie să oprim periodic administrarea pilulei?

STERILETUL

Cum acţionează steriletul?

– Care sunt contraindicaţiile steriletului?

– Steriletul prezintă anumite dezavantaje?

– De ce nu se recomandă steriletul femeilor tinere care încă nu au avut copii?

Steriletul poate favoriza dezvoltarea unui cancer al colului uterin sau al uterului?

– Steriletul poate sta la originea anumitor alergii?

– De ce trebuie să se evite medicamentele antiinflamatorii câtă vreme se poartă steriletul?

Există mai multe feluri de steri fete?

– Cum se pune un sterilei?

– Când trebuie să consultăm medicul dacă purtăm

sterilet?

– Se retrage steriletul în caz de infecţie?

Se poate pierde steriletul?

– Puteţi avea un sterilet după cezariană?

– Cât timp se poate păstra un sterilet?

– Puteţi folosi tampoanele dacă purtaţi un sterilet?

– Partenerul poate fi jenat de firele steriletului?

CONTRACEPŢIA VAGINALĂ

Diafragma

Spermicidele

– Căror femei li se potriveşte acest mod de contracepţie?

– Ce să credem despre tamponul contraceptiv?

METODELE DE CONTRACEPŢIE BAZATE PE OBSERVAŢIE

Metoda Ogino

Metoda Billings

Metoda temperaturilor

PREZERVATIVUL

CONTRACEPŢIA ADOLESCENTEI

– Adolescenta poate folosi o metodă contraceptivă fără acordul părinţilor?

– Care e cea mai potrivită metodă contraceptivă pentru o adolescentă?

– De ce este pilula cea mai bună metodă de contracepţie pentru o tânără?

– Pilula combinată ameliorează acneea. Este adevărat?

– Care este cea mai bună metodă de contracepţie pentru raporturi sexuale episodice?

– La ce vârstă poate începe luarea pilulei?

– Ce se poate face după un raport sexual neprotejat?

– Ce poate fi sfătuită o tânără care ia pilula?

CONTRACEPŢIA DUPĂ PATRUZECI DE ANI

– Se poate continua administrarea pilulei după 40 de ani?

– Care este cea mai bună metodă de contracepţie după 40 de ani?

ÎNTRERUPEREA VOLUNTARĂ A SARCINII (IVS)

– O adolescentă minoră poate să facă un avort?

– În ce moment al sarcinii se poate practica avortul?

– Cui trebuie să vă adresaţi pentru o IVS?

– Cum se practică IVS?

Ce este pilula abortivă?

SEXUALITATEA

DORINŢA SEXUALĂ

Ce importanţă au simţurile noastre în dorinţa sexuală?

Hormonii noştri joacă vreun rol în dorinţa sexuală?

Este normal ca dorinţa sexuală să varieze în cursul ciclului menstrual?

OBŢINEREA PLĂCERII

– Cum se poate ajunge la plăcerea sexuală?

Cum să-ţi descoperi şi să-ţi iubeşti propriul corp?

Fantasmele au vreo importanţă în obţinerea plăcerii?

De ce sunt jocurile sexuale atât de importante?

Ce părere să avem despre masturbaţie?

– Ce părere să avem despre sexualitatea anală?

CORPUL FEMININ ÎN TIMPUL ACTULUI SEXUAL

Cum se manifestă fizic excitaţia?

Ce se înţelege prin faza de platou?

Cum se manifestă orgasmul?

Ce se înţelege prin faza de rezoluţie?

Ce este punctul G?

Există un orgasm clitoridian şi un orgasm vaginal? Un raport sexual fără orgasm este unul ratat?

– Care este diferenţa dintre orgasmul feminin şi orgasmul masculin?

– Ce este frigiditatea?

Care sunt cauzele frigidităţii?

Ce este vaginismul?

– Care poate fi originea unei dureri simţite în cursul raportului sexual?

– Care sunt cauzele uscăciunii vaginale?

SEXUALITATEA ADOLESCENTEI

– Este normal „să te uzi” când flirtezi cu un băiat?

– Există plăcere la primul raport sexual?

– Ce se înţelege prin virginitate?

– Ce se înţelege prin deflorare?

– Se sângerează întotdeauna în momentul deflorării?

– Tampoanele intravaginale pot rupe himenul?

– Dar sportul?

– Ce se poate spune despre o adolescentă care se masturbează?

SEXUALITATEA DUPĂ CINCIZECI DE ANI

– Ce se întâmplă cu dorinţa sexuală după menopauză?

– Care sunt obstacolele în calea raporturilor sexuale după menopauză?

SARCINA

– Cum trebuie să procedaţi pentru a rămâne însărcinată?

– După ce semne putem repera momentul ovulaţiei?

– Există metode sigure pentru a detecta ovulaţia?

– Pilula poate duce la sterilitate?

– Pentru planificarea unei sarcini, trebuie oprită administrarea pilulei cu mult timp înainte?

– Cum are loc fecundaţia?

– Ce înseamnă sarcină extrauterină?

– Ce indicii vă pot face să vă gândiţi că aţi avea o sarcină extrauterină?

– Este posibil să influenţăm norocul şi să alegem sexul copilului?

– Cum puteţi şti foarte repede că sunteţi însărcinată?

– Care sunt primele manifestări ale sarcinii?

– Apar menstruaţii când eşti însărcinată?

– Cum evoluează sânii în timpul sarcinii?

– Sarcina deteriorează sânii?

– O femeie seropozitivă pentru virusul SIDA, riscă să aibă un copil contaminat?

– Ce se înţelege prin incompatibilitatea feto-maternă în sistemul Rhesus (sau Rh)?

– Ce precauţii trebuie luate chiar la începutul sarcinii?

– Care sunt semnele care anunţă un avort?

– Cum să prevenim un avort?

– Se poate face dragoste în timpul sarcinii?

– Când trebuie declarată sarcina?

– Cum se manifestă apariţia laptelui?

– Alăptarea deteriorează sânii?

– O mamă seropozitivă pentru virusul SIDA poate alăpta?

– Cum se opreşte urcarea laptelui, dacă nu urmează să alăptaţi?

– Când revine fertilitatea după naştere?

– Ce metodă de contracepţie trebuie aleasă după naştere?

– Cum să vă regăsiţi forma după o sarcină?

BOLILE APARATULUI GENITAL

INFECŢIA URINARĂ

– Care sunt factorii ce favorizează o infecţie urinară?

– Care sunt semnele unei infecţii urinare?

– Ce puteţi face dacă simţiţi o mică arsură la urinare?

– Cum să prevenim infecţiile urinare?

BOLILE VULVEI ŞI ALE VAGINULUI

Infecţiile

– Toate scurgerile albe sunt semnul unei infecţii?

– După ce se recunosc scurgerile infecţioase?

– Cum se explică formarea scurgerilor infecţioase?

– Scurgerile au aspect diferit în funcţie de tipul infecţiei?

– Care sunt cauzele dezechilibrului florei vaginale?

– Ce este vulvita?

– Ce este bartholinita?

– Ce este vaginita?

– Ce trebuie să facem dacă apar scurgeri sau dureri suspecte?

BOLILE UTERULUI

Infecţiile

– Ce este cervicita?

– Ce este endometrita?

Endometrioza

– Care sunt cauzele endometriozei?

– Cum se manifestă endometrioza?

– Cum se detectează endometrioza?

– Cum se tratează endometrioza?

Polipii

– Care este cauza polipilor?

– Cum se manifestă existenţa polipilor?

– Cum se detectează polipii?

– Cum se tratează polipii?

Fibroamele

– Care este cauza fibroamelor?

– Cum se manifestă un fibrom?

– Cum se detectează fibroamele?

– Cum se tratează fibroamele?

Retroversiunea uterină

– Care este cauza retroversiunii uterine?

– Cum se manifestă o retroversiune uterină?

– Cum se detectează retroversiunea uterină?

– Cum se tratează retroversiunea uterină?

– Puteţi rămâne însărcinată şi să duceţi la bun sfârşit o sarcină, în pofida unei retroversiuni uterine?

Prolapsusul

– Ce este perineul?

– Care sunt cauzele unui prolapsus?

– Cum se manifestă un perineu cu afecţiuni?

– Cum se manifestă un prolapsus?

– Cum se tratează un prolapsus?

– Cum să-ţi conştientizezi perineul?

– Cum să vă întăriţi perineul?

Cancerul colului uterin

– Care este cauza cancerului de col uterin?

– Cum se prezintă cancerul de col?

– Cum se manifestă o displazie a colului?

– Cum se detectează displaziile?

– Cum se tratează displaziile?

Ce este cancerul intraepitelial?

Ce este cancerul invaziv?

– Cum se manifestă cancerul invaziv al colului?

– Cum se tratează un cancer invaziv al colului?

– Se poate preveni cancerul de col?

Cancerul de endometru

– Care este cauza cancerului de endometru?

– Cum se manifestă cancerul de endometru?

– Cum se observă cancerul de endometru?

– Cum se tratează cancerul de endometru?

BOLILE TROMPELOR

Infecţia trompelor sau salpingita.

– Care sunt cauzele salpingitei?

– Cum se manifestă o salpingită?

– Cum se detectează o salpingită?

– Cum se tratează o salpingită?

– Care sunt consecinţele unei salpingite?

Ruptura unei trompe

– Care sunt cauzele unei sarcini extrauterine?

– Cum se manifestă ruptura trompei?

– Cum se tratează o ruptură a trompei?

BOLILE OVARELOR

Chisturile

Chisturile funcţionale

– Care este cauza chisturilor funcţionale?

Cum se manifestă un chist funcţional?

Cum se detectează chisturile funcţionale?

– Cum se tratează chisturile funcţionale?

Chisturile organice

Distrofia ovariană

Tumorile ovarelor...

– Cum se manifestă o tumoare a ovarului?

– Cum se detectează o tumoare a ovarului?

– Cum se manifestă cancerul de ovare?

– Cum se tratează tumorile de ovare?

BOLILE SÂNILOR.

Durerile de sâni.

Afecţiunile benigne

Adenofibromul

– Cum se detectează un adenofibrom?

– Cum se tratează un adenofibrom?

Chistul

– Cum se detectează un chist?

– Cum se tratează un chist?

Mastoza fibrochistică

– Cum se tratează o mastoză?

Scurgerile sânului

Cancerul sânului

– Ce este un factor de risc?

– Care sunt factorii de risc ai cancerului la sân?

– Razele X utilizate pentru mamografii pot să inducă

un cancer ia sân?

– Pilula poate provoca un cancer la sân?

– Tratamentul hormonal al menopauzei poate favoriza cancerul la sân?

– Există elemente care au un rol protector împotriva cancerului la sân?

– Cum se detectează un cancer la sân?

– Cum se tratează un cancer la sân?

– Cum putem influenţa vindecarea unui cancer?

– Se poate obţine ajutor pe plan psihologic?

– Cum se explică apariţia unui edem la braţ, după operaţia unui cancer la sân?

– Ce se poate spune despre chirurgia reconstructivă?

– La cât timp după operarea unui cancer se poate reface sânul?

O proteză mamară poate induce o recidivă a cancerului?

Ce este o proteză mamară amovibilă?

Ce precauţii trebuie luate după un cancer la sân?

BOLILE TRANSMISIBILE PE CALE SEXUALĂ

Care sunt cauzele propagării BTS?

Cum se manifestă o BTS?

Ce conduită trebuie să avem, în cazul descoperirii unei BTS?

Cum să ne protejăm împotriva unei BTS?

– Care sunt principalii germeni responsabili de BTS?

Micozele

– Cum se manifestă o micoză?

– Cum se detectează o micoză?

– Cum se tratează o micoză?

– Se pot preveni micozele?

Tricomoniaza

– Cum se manifestă tricomoniaza?

– Cum se tratează tricomoniaza?

Infecţia chlamydică

– Cum se manifestă infecţia chlamydică?

– Cum se detectează o chlamydioză?

– Cum se tratează infecţia chlamydică?

Blenoragia

Cum se manifestă o blenoragie?

Cum se detectează o blenoragie?

Cum se tratează o blenoragie?

Micoplasmozele

Cum se manifestă o micoplasmoză?

Cum se tratează micoplasmozele?

Sifilisul

Cum se manifestă sifilisul?

Cum se detectează sifilisul?

– Cum se tratează sifilisul?

Hepatita B

– Cum se manifestă hepatita B?

– Cum se tratează hepatita B?

Herpesul genital

– Cum se manifestă herpesul genital?

– Cum se tratează herpesul genital?

– De ce este periculos herpesul genital pentru femeia Însărcinată?

Condiloamele

– Cum se manifestă condiloamele?

– Cum se tratează condiloamele?

SIDA

– Ce semnifică termenul SIDA?

– Care este cauza SIDA?

– Cum se transmite virusul HIV?

– Contactele buco-genitale pot duce la contaminare?

– Se poate şti imediat dacă s-a produs o contaminare?

– Ce înseamnă să fii seropozitiv?

– Cum să ştii dacă eşti seropozitiv?

– Trebuie urmat un tratament medical dacă sunteţi seropozitiv?

– Ce precauţii trebuie luate când sunteţi seropozitiv?

– Care sunt primele semne ale bolii SIDA?

– Cum se manifestă SIDA?

– Cum se tratează SIDA?

– Cum poate fi prevenită SIDA?

PROTECŢIA MEDICALĂ

PREVENIREA

Consultaţia ginecologică

– Ce trebuie să facem în ziua de consultaţie?

– Cum se desfăşoară consultaţia?

– La ce vârstă trebuie să consultaţi ginecologul pentru prima dată?

– Mai este nevoie să consultaţi ginecologul după menopauză?

Frotiurile

– Cum se realizează un frotiu?

– Cum se interpretează clasificarea frotiurilor?

– Care sunt limitele frotiu lui?

– Când trebuie făcut un frotiu?

Supravegherea sânilor

Examenul clinic.

– Observaţia: cum s-o practicăm?

– Ce este autopalparea?

– Cum se practică autopalparea?

– Când se fac aceste examene?

Mamografia

– *Când se practică mamografia?*

– *Mamografia este periculoasă?*

– *Care este intervalul ideal dintre două mamografii?*

– *Este posibilă efectuarea unei mamografii în perioada de sarcină?*

STABILIREA DIAGNOSTICULUI

Dozajele hormonale

– *Când se practică dozajele hormonale?*

Prelevmentele vaginale

– *Când se practică prelevmentul vaginal?*

Colposcopia

Histerografia

– *Când se practică histerografia?*

Histeroscopia

Când se practică histeroscopia?

Colioscopia

– *Când se practică o colioscopie?*

Biopsia

Ecografia

– *Când se practică ecografia?*

CERCETAREA PENTRU DIAGNOSTICAREA SÂNULUI.

Mamografia **geografia**

Termografia.

Xerografia

Galactografia

Citopuncţia.

Biopsia

– INTERVENŢIILE CHIRURGICALE

Intervenţiile pe uter

Chiuretajul.

– Când se practică un chiuretaj?

– Care sunt urmările chiuretajului?

Histerectomia

– Când se practică o histerectomie?

– Care sunt consecinţele histerectomiei?

– O histerectomie provoacă o menopauză anticipată?

– Viaţa sexuală este modificată după o histerectomie?

– Ce atitudine să avem faţă de partener, după o histerectomie?

Miomectomia

Intervenţiile pe colul uterin

Conizarea

Electrocoagularea.

Crioterapia

Laserul

Intervenţiile asupra ovarelor
Rezecţia
Ovariectomia
– *Care este consecinţa ablaţiei ovarelor?*
Intervenţiile asupra trompelor
Salpingectomia
Salpingoplastia
Sterilizarea tubară
CONCLUZIE
LEXIC

INTRODUCERE

Cunoaşterea risipeşte neliniştea. De aceea, o mai bună înţelegere a propriului corp şi a fenomenelor fiziologice care îi sunt caracteristice permite evitarea stângăciilor, neglijenţelor sau temerilor cauzate de ignoranţă.

Fiecare dintre dumneavoastră trebuie să se cunoască intim, suficient pentru a fi capabilă să sesizeze cea mai mică anomalie. Trebuie să fiţi de asemenea conştientă că de vigilenţa dumneavoastră depinde sănătatea dumneavoastră. Pentru aceasta, trebuie să acceptaţi să vi se facă examene cu regularitate, chiar dacă totul merge bine.

Acest ghid se adresează tuturor femeilor, pentru că el tratează diferitele vârste ale vieţii: de la pubertate la menopauză. Fiecare capitol este deci împărţit, când este posibil, în trei subcapitole:

Adolescenţa, care este perioada cuprinsă între 12 şi 19 ani potrivit criteriilor Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii femeia de la 19 la 45 de ani femeia după 45 de ani.

Aş vrea să găsiţi în această carte răspunsurile la multiplele întrebări pe care vi le puneţi în legătură cu viaţa genitală şi, mai ales, ca ea să vă trezească dorinţa de a lua

în stăpânire propria dumneavoastră sexualitate şi sănătate.

M.-C.D.

ORGANELE FEMININE

A fi femeie înseamnă a avea şansa inefabilă de a putea da naştere vieţii, graţie unor organe – mecanisme minunate care îşi păstrează încă misterul pentru multe femei.

Sexul dumneavoastră nu este un lucru ruşinos. El trebuie să vă fie la fel de familiar ca orice altă parte a corpului. Acest capitol referitor la descrierea lui nu trebuie să rămână abstract! Citind, priviţi şi atingeţi tot ce puteţi. Descoperiţi-vă singură!

A-ţi cunoaşte sexul, a şti cum sunt situate organele sale unele faţă de altele şi cum funcţionează, sunt tot atâtea condiţii pentru ca el să îndeplinească în cel mai bun mod dubla sa funcţie, de plăcere şi de procreaţie.

ORGANELE GENITALE EXTERNE

Ansamblul organelor genitale externe, deci vizibile, se numeşte VULVA.

Vulva este limitată în faţă de PUBIS sau MUNTELE LUI VENUS care formează o mică perniţă triunghiulară, bombată, deoarece este constituită în principal din grăsime şi acoperită de peri ondulaţi şi negri. În partea din spate, vulva se termină prin muşchii perineului, care o

separă de anus şi susţin toate organele din partea inferioară a abdomenului.

Vulva mai cuprinde două BUZE MARI (sau labiile mari) care acoperă şi protejează celelalte elemente ale sale, mai delicate. BUZELE MICI (sau labiile mici), situate sub cele mari, se unesc în faţă pentru a forma un fel de capişon destinat să protejeze CLITORISUL.

Faţa internă a labiilor mari şi mici constituie VESTIBULUL, adică interiorul vulvei. În fundul acestei depresiuni centrale se deschide VAGINUL şi orificiul urinar numit MEATUL URINAR. Situat între clitoris şi vagin, meatul urinar este adesea greu de văzut.

Pliuri de carne roz neregulate închid parţial intrarea vaginului. Acestea sunt resturile HIMENULUI.

BUZELE MARI (LABIILE MARI)

Buzele mari sunt două pliuri de piele cărnoasă, situate de o parte şi de alta a intrării în vagin. Ele sunt uşor pigmentate şi acoperite de peri pe faţa lor externă. Conţin fibre musculare şi elastice, precum şi numeroase glande sebacee care secretă o grăsime, sebumul, servind la lubrifierea perilor. Secreţia glandelor sudoripare degajă un miros al cărui rost este de a fi erotic.

În grosimea labiilor mari se găsesc două glande

denumite GLANDELE LUI BARTHOLIN, a căror secreţie lubrifiază intrarea în vagin, în timpul raporturilor sexuale.

Rolul labiilor mari:

– Alăturându-se, ele protejează ansamblul vulvei faţade agresiunile exterioare

– permit menţinerea umidităţii necesare mucoaselor.

BUZELE MICI (LABIILE MICI)

Situate sub buzele mari, buzele mici sunt două pliuri subţiri şi Alungite de piele lipsită de peri.

Cu aspect variabil de la o femeie la alta, ele pot avea nuanţe diferite, mergând de la roz pal la brun, pot fi dantelate sau netede el pot fi mai mult sau mai puţin depăşite de labiile mari.

În grosimea labiilor mici, de fiecare parte a vestibulului se află BULBII VESTIBULARI, aceştia fiind două corpuri cavernoase care se umplu de sânge în timpul excitaţiei sexuale. Aceasta antrenează umflarea labiilor mici, care pot să-şi dubleze sau chiar să-şi tripleze grosimea.

Rolul buzelor mici:

Aliate la intrarea vaginului, ele sunt complementare

buzelor mari, participând astfel la protecţia organelor genitale interne

În excitaţia sexuală, prin bogăţia lor în vase sangvine şi fibre nervoase senzitive, care le fac foarte sensibile la atingere la naştere, prin prezenţa fibrelor elastice care le permit să se destindă foarte mult.

CLITORISUL

Este vorba de un organ dificil de descoperit prin palpare când se află în repaus, fiindcă este aproape în întregime ascuns de pliurile labiilor mici, acestea nelăsând să i se vadă decât vârful sau GLANDUL, care se înalţă ca un mic buton.

Clitorisul este foarte bogat în fibre nervoase, care îl fac uşor excitabil. Este comparat cu un penis în miniatură, fiind capabil de erecţie sub efectul unei excitaţii.

Rolul clitorisului:

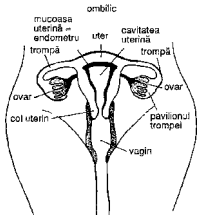
– Este, prin natura lui, organul principal al plăcerii feminine.

ORGANELE GENITALE INTERNE

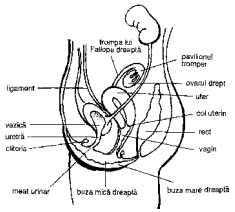
Organele genitale interne sunt destinate procreaţiei. Făcând legătura cu exteriorul, VAGINUL primeşte spermatozoizii. Aceştia urcă în uter printr-un canal de

trecere îngust, situat în partea superioară a vaginului, numit COLUL UTERIN. Din UTER, spermatozoizii ajung în TROMPE.

La intervale de circa o lună, unul din cele două OVARE eliberează un OVOCIT, care este imediat captat de PAVILIONUL TROMPEI LUI FALLOPE corespunzătoare. Fecundat sau nu, ovocitul se deplasează în interiorul trompei, pentru a ajunge în uter. Uterul este locul gestaţiei. El primeşte oul fecundat, care se instalează acolo pentru a se dezvolta.



APARATUL GENITAL FEMININ



Vedere din profil Dispunerea organelor unele faţă de

altele

VAGINUL

Vaginul este un canal foarte elastic, lung de 8 până la 12 cm şi lat de 2,5 cm, care are capacitatea de a-şi mări lungimea cu câţiva centimetri şi de a-şi dubla lăţimea, în cursul excitaţiei sexuale. În momentul naşterii, se lărgeşte considerabil, permiţând ieşirea copilului, al cărui cap are un diametru de aproximativ 9,5 cm. El este parţial închis la nivelul vulvei de către himen, la o fată virgină.

Când femeia stă în picioare, vaginul nu se găseşte în poziţie verticală, ci oblică în partea superioară. El este situat între vezică şi rect.

Peretele vaginal este uşor cutat şi nu conţine glande.

Mucoasa vaginală are particularitatea de a poseda un epiteliu, sau un ţesut de căptuşire foarte sensibil la hormonii ovarieni şi ale cărui celule superficiale se desprind cu uşurinţă. Studiul acestor celule, care pot fi uşor prelevate pe un frotiu, permite depistarea precoce a cancerelor colului uterin şi vaginului. (Vezi pag. 282.)

Structura mucoasei vaginale variază în funcţie de vârstă şi de perioada ciclului menstrual. La femeia adultă, există, în starea normală, un *conţinut vaginal,* albicios şi onctuos, compus dintr-o fracţiune lichidă ce conţine celule

intacte şi alterate, substanţe dizolvate ca glicogenul, precum şi bacterii, care împreună constituie ceea ce denumim *flora vaginală.* Aceste elemente contribuie la menţinerea în interiorul vaginului a unei acidităţi necesare protecţiei sale împotriva dezvoltării germenilor patogeni. Aciditatea vaginală este datorată în mare parte prezenţei acidului lactic, provenit din degradarea glicogenului de către *bacilii Doderlein,* prezenţi în vagin.

Rolul vaginului:

– În timpul actului sexual, primeşte penisul şi în consecinţă, este receptorul „seminţei" masculine

– La naştere, se dilată de 5 – 6 ori pentru a permite ieşirea fătului.

UTERUL

Uterul este un muşchi compact, scobit, în formă de pară întoarsă. El măsoară între 6 şi 8 cm înălţime şi între 3 şi 4 cm lăţime, însă este considerabil modificat în cursul graviditătii. Înălţimea sa în apropierea termenului este de 30 cm!

El se află la extremitatea vaginului, înclinat în mod normal deasupra vezicii. Se poate găsi şi mai în spate şi, în acest caz, se spune că este *răsturnat* îşi schimbă uşor

poziţia în timpul ciclului menstrual. Uterul este ţinut de ligamente suple, care îi lasă o anume flexibilitate, dar care îl împiedică să coboare în vagin.

Din fundul corpului uterin pleacă, de fiecare parte, trompele lui Fallope.

Muşchiul uterin este căptuşit cu o mucoasă numită ENDOMETRU. Aceasta mucoasă, care are rolul de a primi oul fecundat, bogată în vase de sânge şi în glande, suferă importante modificări, în funcţie de perioada ciclului menstrual şi de vârsta femeii. Ea este aceea care este periodic eliminată prin fenomenul de *menstruaţie,* atunci când nu are loc fecundaţia.

Uterul este închis la bază prin COL, o porţiune strâmtă şi dură de aproximativ 3 cm lungime, care se poate simţi cu degetele, în fundul vaginului. El prezintă, la pipăire, o anumită mobilitate.

Colul uterin este traversat prin mijloc de un canal fin, prin care corpul uterului comunică cu vaginul. Prin acest canal se scurge fluxul menstrual şi, tot prin el, spermatozoizii depozitaţi în vagin trec spre uter, pentru a ajunge apoi în trompe, locul fecundaţiei.

Celulele care tapetează colul uterin se modifică în cursul ciclului menstrual. În momentul ovulaţiei, ele secretă o substanţă vâscoasă numită *glera cervicală,*

indispensabilă spermatozoizilor care urcă în cavitatea uterină.

Colul uterului are o deschizătură rotundă şi strâmtă la femeia care nu a avut niciodată copii şi mai largă, alungită transversal la cea care a născut deja.

Rolul uterului:

– Este fundamental în aproape toate etapele funcţiei de reproducere în ascensiunea spermatozoizilor, prin intermediul mucozităţii cervicale

– În adăpostirea fătului şi la formarea placentei, datorită endometrului

– La naştere, mulţumită peretelui muscular al corpului uterin, care se contractă şi împinge astfel bebeluşul către lumea exterioară.

DIFERITELE ASPECTE ALE COLULUI UTERIN

TROMPELE LUI FALLOPE

Sunt două tuburi mici, flexibile, de 10 – 12 cm lungime, al căror diametru intern este cu ceva mai mare decât al unui fir de păr. Ele pleacă de fiecare parte a

capătului superior al uterului şi se termină la nivelul fiecărui ovar printr-un pavilion înzestrat cu franjuri mobili.

Rolul trompelor:

– Captează ovocitul eliberat la suprafaţa ovarului, cu ajutorul franjurilor pavilionului

– Permit trecerea spermatozoizilor spre locul fecundaţiei, care se petrece în treimea externă a trompei ce conţine ovocitul

– Asigură supravieţuirea şi transportul embrionului spre uter, unde se va implanta.

OVARELE

Ovarele se prezintă sub forma a doua glande de mărimea şi forma unor migdale mari, de 4 cm lungime şi circa 2,5 cm lăţime. Ele sunt situate la dreapta şi la stânga uterului, de care îi sunt ataşate printr-un ligament subţire. Un alt ligament le menţine în contact cu pavilioanele trompelor.

La naştere, fetiţa are în ovarele sale o enormă rezervă de 700000 până la 2 milioane de OVOCITE care se mai numesc şi ovule. Mare parte degenerează în cursul copilăriei, încât până la vârsta pubertăţii nu rămân decât între 300.000 şi 400.000. Dintre acestea, doar 300 până la

400 vor ajunge la maturitate şi vor deveni ovocite fecundabile. Acest număr decurge dintr-o rată de circa 13 pe an. Câte unul la fiecare 28 de zile, timp de 30 de ani cât durează, în linii mari, perioada de fecunditate a femeii. Celelalte vor degenera pe parcursul anilor, iar după menopauză nu va mai rămâne niciunul.

Perioada de activitate a ovarelor este deci limitată, ea începând la pubertate şi terminându-se la menopauză.

Ovocitele sunt închise într-un fel de mici aglomerări de celule, care ajung la maturitate în cursul ciclului menstrual, sub efectul hormonilor secretaţi de glanda hipofiză. Acestea poartă numele de FOLICULI. La fiecare 28 de zile, un folicul matur se deschide la suprafaţa ovarului, pentru a elibera un ovocit. (Vezi *ciclul ovarului,* pag.58.)

Rolul ovarelor:

– Producerea de ovocite care sunt celulele de reproducere feminine

– Secretarea hormonilor sexuali feminini – estrogenul şi progesteronul – indispensabili bunei derulări a ciclurilor menstruale, a graviditătţii, precum şi bunei funcţionări a organelor genitale.

IGIENA INTIMĂ

Toaleta

Organele genitale trebuie să facă obiectul unei igiene ireproşabile, dar nu mai mult decât oricare altă parte a corpului.

Mediul natural din vagin are o compoziţie ideală, care îl apără de agresiunile mediului exterior. De aceea, protejându-i mediul interior, îl vom păstra sănătatea.

CE SĂPUN UTILIZĂM PENTRU TOALETA INTIMĂ?

Pur şi simplu un săpun bun, moale, pentru piele sensibilă. Utilizarea săpunurilor acide este interzisă. Vaginul este în mod natural acid, la gradul de aciditate convenabil menţinerii în condiţii optime a unei flore bacteriene. Odată crescută aciditatea, echilibrul nu mai este acelaşi. Acest nou mediu va fi propice dezvoltării unei alte flore, în mod deosebit a unor ciuperci responsabile de infecţiile denumite micoze.

TREBUIE SĂ FOLOSIM UN PRODUS ANTISEPTIC?

Utilizarea unui produs antiseptic trebuie să rămână excepţională căci, dacă distruge bacteriile nocive, el

distruge totodată şi bacteriile folositoare, care ne protejează.

POT FI UTILIZATE DEODORANTE?

Un vagin aflat într-un bun echilibru biologic nu miroase urât. El are un miros natural plăcut, moscat, datorat secreţiilor glandelor sebacee prezente la toate mamiferele, având rolul de a atrage masculul.

Utilizarea unor săpunuri deodorante sau parfumate nu va face să dispară secreţiile, împreună cu mirosul lor caracteristic. Asemenea produse pot provoca în schimb, o iritaţie a mucoaselor. Dacă sesizaţi un miros anormal, acesta este semnul care anunţă o mică infecţie. În acest caz, trebuie să vă prezentaţi la medic înainte ca ea să se agraveze.

CARE ESTE MODUL CEL MAI BUN DE A-ŢI FACE TOALETA INTIMĂ?

Toaleta trebuie să rămână externă pentru a nu altera mediul echilibrat al vaginului. Ea constă în spălarea separată a vulvei şi anusului. Se va face o dată, de două ori pe zi, dimineaţa şi seara, cu apă călduţă şi un săpun moale, utilizând o mănuşă de toaletă curată. După o clătire cu apă curentă, vă veţi şterge complet cu un prosop curat şi

uscat. Prosoapele umede contribuie la împrăştierea bacteriilor responsabile de infecţiile vaginale.

DE CE TREBUIE EVITATĂ TOALETA INTERNĂ?

Dacă este normal ca vaginul să fie spălat la intrare, fiindcă aici vine în contact cu exteriorul, nu mai e la fel de normal să se facă toaleta în interior, până la col. Un vagin sănătos este în mod natural curat, datorită prezenţei unor bacterii specifice care îi creează o aciditate naturală, protectoare. Mai mult, mucozităţile nu stagnează în interiorul vaginului, ci sunt expulzate spontan spre exterior. O toaletă internă practicată cotidian ajunge să distrugă mediul natural al vaginului, care nu se va mai putea apăra contra agresiunilor microbiene.

CU CE OCAZII AR FI NECESARĂ EFECTUAREA NEI TOALETE INTERNE?

Singura toaletă internă recomandabilă se face cu două degete umezite, introduse în vagin şi răsucite de-a lungul pereţilor. Acest gen de toaletă va fi făcută doar în câteva cazuri:

– După menstruaţii, pentru a elimina mici resturi ale tamponului care ar fi putut să se detaşeze sau micile cheaguri de sânge care n-au fost încă eliminate. Se va

evita astfel infecţia prin proliferarea microbiană

– După contactul sexual. Toaletă internă se va face numai cu apă curată.

CE PĂRERE SĂ AVEM DESPRE DUŞURILE VAGINALE?

Duşurile vaginale interne, efectuate cu pompe cu jet rotativ sau cu irigatoare, sunt mai păgubitoare decât alte metode. Ele ajung să decimeze flora bacteriană naturală a vaginului şi modifică aciditatea internă, făcându-l astfel vulnerabil. A dori să faceţi mai mult decât bine, este calea cea mai sigură de a pregăti infecţii vaginale dezagreabile.

Pilozitatea

Părul apare la pubertate, ca urmare a secreţiei de hormoni masculini, provenind atât de la glandele suprarenale, care sunt situate deasupra rinichilor, cât şi de la ovare, în cantitate mai mică. El acoperă în mod normal pubisul, subsuorile, precum şi braţele şi picioarele, într-o măsură mai mare sau mai mică.

TREBUIE SĂ NE NELINIŞTEASCĂ O PILOZITATE 1 EXCESIVĂ?

– Un exces de păr pe pubis, subsuori şi membre este

ereditar şi se întâlneşte adesea la femeile de origine mediteraneană. Această *hipertricoză* apare în momentul pubertăţii şi nu trebuie să suscite niciun fel de nelinişte.

Când pilozitatea se întinde dincolo de zonele obişnuite, se vorbeşte de *hirsutism.* Ea se poate întâlni pe faţă, sub forma mustăţii şi a bărbii, pe torace, întinzându-se între sâni, sau pe burtă şi faţa interioară a coapselor.

Pilozitatea prea abundentă şi extinsă anormal este semnul unei tulburări hormonale. Situaţia aceasta poate reflecta o producţie de hormoni masculini prea abundentă. În acest caz, ea poate indica o problemă de ordin ovarian său. Ceea ce este mult mai rar. O problemă a glandelor suprarenale.

Dacă socotiţi pilozitatea dumneavoastră într-adevăr excesivă, adresaţi-vă medicului.

TREBUIE SĂ ÎNDEPĂRTĂM PĂRUL DE LA SUBSUORI?

Da, dacă este abundent şi dacă aveţi tendinţa să transpiraţi. Frânând evaporarea transpiraţiei, părul de sub braţ favorizează un proces de macerare, ducând la dezvoltarea unor ciuperci şi bacterii care produc iritaţii şi mirosuri neplăcute.

Dacă pilozitatea dumneavoastră nu este excesivă,

îndepărtarea părului e o problemă de gust. Totuşi, subsuorile rase, mai ales vara, dau un aspect mai îngrijit.

TREBUIE SĂ ÎNDEPĂRTĂM PĂRUL DE PE PUBIS?

Nu, el are un rol protector care trebuie avut în vedere. Totuşi, puteţi elimina excesul, dacă părul se întinde şi dincolo de zona sexuală, în partea inghinală sau în partea inferioară a abdomenului, ceea ce nu este prea estetic.

CUM SĂ ÎNDEPĂRTĂM PĂRUL DE PRISOS?

– Pentru subsuori: este mai bine să se evite depilarea cu penseta sau cu ceară în aceste zone hipersensibile. Utilizaţi mai bine o cremă depilatoare sau un aparat de ras.

– Pentru pubis: evitaţi rasul, în urma căruia creşte un păr aspru, ceea ce este neplăcut în acest loc. Nici cremele depilatoare nu sunt recomandate, căci ele pot atinge mucoasele, iritându-le. Preferaţi o tăiere uşoară cu foarfecă pentru perii care acoperă sexul. Cei care cresc pe pântec şi în zona inghinală pot fi depilaţi cu penseta sau cu ceară caldă. În acest caz, e recomandabil să recurgeţi la serviciile unui salon de înfrumuseţare, cel puţin prima

dată.

SÂNII

Sânii nu fac parte din aparatul genital propriu-zis al femeii. Dezvoltarea lor se produce în urma acţiunii hormonilor sexuali care apar la pubertate. Ceea ce nu înseamnă că ei nu reprezintă nişte organe care iau parte la întreaga viaţă genitală a femeii, prin rolul psihologic de cea mai mare importanţă pe care îl au, în asociere cu funcţia reproducerii.

Sânul care, prin zona sa erogenă, participă la plăcerea sexuală, este înainte de toate organul alăptării. Arhitectura lui este în întregime dirijată spre această funcţie.

în afara perioadelor de sarcină şi alăptare, glanda mamară este „în repaus”. Sânul este constituit în principal dintr-un ţesut de susţinere bogat în fibre elastice, ŢESUTUL CONJUNCTIV şi dintr-un ţesut bogat în grăsimi, ŢESUTUL ADIPOS.

Între aceste două ţesuturi se află un sistem ramificat de canale denumite CANALE GALACTOFORE. Capetele lor închise prezintă nişte umflături, care corespund părţii glandulare. Pielea îmbracă tot acest ansamblu.

La extremitatea sânului, pielea, extrem de fină, se

pigmentează pentru a forma AREOLA, având în centru MAMELONUL, care este mai proeminent. În areolă se găsesc GLANDELE LUI MONTGOMERY şi, concentric, spre exterior, glande sudoripare şi glande sebacee. La extremitatea mamelonului se deschid, la nivelul celor aproximativ douăzeci de PORI, canalele galactofore care vor secreta laptele.

Glanda mamară nu-şi dobândeşte structura sa definitivă decât în cursul sarcinii. (Vezi pag. 193.)

CUM SUNT ALCĂTUIŢI SÂNII?
DE CE SÂNII NU AU TOŢI ACEEAŞI FORMĂ?

Dacă dezvoltarea canalelor galactofore se face într-un plan paralel cu coastele, sânul va fi plat. Dacă ea se face perpendicular pe coaste, sânul va fi emisferic. Bineînţeles, există toate situaţiile Intermediare, care dau naştere unei infinităţi de forme diferite.

DE CE SÂNII NU AU TOŢI ACEEAŞI CONSISTENŢĂ?

În cursul dezvoltării sânilor, dacă ţesutul conjunctiv de susţinere predomină în comparaţie cu ţesutul gras, sânul va fi tare. În caz contrar, el va fi moale. Şi aici sunt

posibile toate formele Intermediare.

DE CE PUTEM AVEA UN SÂN MAI DEZVOLTAT DECÂT CELĂLALT?

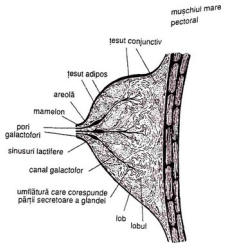
Niciodată o jumătate a corpului nu este absolut identică cu cealaltă. Aşa se întâmplă şi cu sânii, precum şi cu celelalte organe, rareori ei sunt perfect identici.

CUM SUNT SUSŢINUŢI SÂNII?

Sânii nu sunt susţinuţi de ligamente sau de muşchi, ci doar de pielea care îi înconjoară. Ei sunt ţinuţi cu atât mai bine, cu cât sunt mai numeroase fibrele elastice ale ţesutului conjunctiv răspândite între canalele excretoare ale glandei.

CE ESTE UN MAMELON OMBILICAT?

Este un mamelon care în loc să fie proeminent, are aspectul unui ombilic, adică este tras înăuntru. Această particularitate este congenitală, adică există de la naştere.



GLANDA MAMARĂ ÎN STAREA El NORMALĂ

Dacă un mamelon cu aspect normal este absorbit înăuntru la un moment dat, se impune consultarea medicului ginecolog.

Un mamelon ombilicat împiedică într-adevăr alăptarea, copilul neputând să sugă. Această problemă se poate rezolva printr-o intervenţie chirurgicală.

SE POT DEPILA PERII DE PE SÂNI?

Câteva fire de păr pot fi prezente în jurul areolei, acolo unde există glande sebacee. În acest caz nu există nicio contraindicaţie pentru înlăturarea lor.

Dacă aceşti peri sunt situaţi chiar pe areolă, al cărei ţesut este foarte fragil, smulgerea lor poate fi cauza unei mici infecţii. Aşa că este preferabil să fie raşi, de fiecare dată când cresc la loc.

SOARELE ESTE PERICULOS PENTRU SÂNI?

S-ar părea că soarele nu provoacă un cancer al sânului. Se recomandă totuşi o expunere moderată a sânilor la soare, acesta fiind recunoscut pentru efectele sale nefaste asupra pielii. El afectează serios fibrele elastice şi astfel îi accelerează îmbătrânirea. Or, pielea

este cea care susţine sânii. De aceea, înaintea fiecărei expuneri, ungeţi-vă cu o cremă de protecţie solară de bună calitate.

VOLUMUL SÂNILOR ESTE SUPUS VARIAŢIILOR?

J Da. Dacă vă îngrăşaţi, sânii dumneavoastră se măresc, fiindcă va exista o creştere a ţesutului adipos, care ocupă o mare parte din sân. În cazul slăbirii, sânii la care predomină ţesutul adipos se vor diminua şi ei, pe când cei la care predomină ţesutul conjunctiv nu vor suferi modificări importante.

Cel mai bine este să se evite variaţiile mari în greutate, căci ele afectează fibrele elastice ale pielii, care riscă să se relaxeze, antrenând apoi o ptoză a sânilor.

Frumuseţea sânilor

Fiziologic, sânii sunt destinaţi lactaţiei, dar această funcţie de nutriţie, care are loc doar temporar, este depăşită de funcţia estetică valabilă pe tot parcursul vieţii unei femei.

A te simţi că arăţi bine, înseamnă în aceeaşi măsură ca şi sânii să arate bine, căci ei joacă un rol preponderent în exprimarea feminităţii şi a da sânilor o atenţie deosebită nu înseamnă decât a apăra un capital de frumuseţe-

sănătate, necesar menţinerii unui moral bun.

Moda fiind când a sânilor mici, când a celor mari, nu ar fi indicat să credem că frumuseţea rezidă în volumul lor. Nici forma nu este un criteriu de frumuseţe fiindcă, dacă unii îi preferă sub formă de „măr" altora le plac sub formă de „pară". Frumuseţea lor trebuie deci să însemne altceva. Mai degrabă modul cum fiecare femeie înţelege să şi-i pună în valoare.

Poate credeţi, la fel ca circa 80 % dintre femei, că nu aveţi sâni frumoşi. Cu totul greşit, fiindcă sânii cu adevărat urâţi nu sunt majoritari. Trebuie să ştiţi că fiecare piept are frumuseţea lui proprie şi că un sân, oricum ar fi, întotdeauna îl emoţionează pe cel care îl priveşte.

CUM SĂ PĂSTRĂM FRUMUSEŢEA SÂNILOR?

Sânii frumoşi, tonici şi fermi, depind de un bun echilibru hormonal. Acest echilibru, aflat sub influenţa constantă a hipotalamusului, o zonă nervoasă situată în creier, fluctuează în funcţie de starea psihică. Din această cauză, o femeie veselă, sigură pe ea. Va avea sâni mai tonici decât o femeie deprimată.

Dacă forma lor, volumul, nu pot fi modificate fără ajutorul chirurgiei estetice, se poate frâna cel puţin lăsarea treptată, pricinuită de timpul care acţionează

asupra pielii ce îi susţine.

Reguli de igienă simple, la limita bunului simţ, precum şi evitarea neglijenţelor, ne ajută să păstrăm sânii frumoşi pentru multă vreme.

SUTIENUL OBLIGATORIU

Doar pielea e cea care susţine sânii. Pe măsura trecerii timpului, fibrele elastice din care sunt făcuţi se întind puţin câte puţin, slăbind sub greutatea sânilor. Sutienul legat după gât este deci recomandabil, imediat ce sânii încep să capete o oarecare mărime. Prin rolul său de susţinere, el ajută ca pielea să nu se destindă prematur. El este absolut necesar, indiferent de mărimea pieptului, în timpul practicării sporturilor, când sânii sunt în mod deosebit supuşi trepidaţiilor. Eventual, el poate fi suprimat în timpul înotului, deoarece apa este portantă. Pe plajă, puteţi să-l scoateţi pentru a vă bronza puţin, cu condiţia să rămâneţi aşezată sau întinsă. Nu mergeţi şi mai ales nu alergaţi pe malul mării fără sutien. O veţi regreta într-o zi.

Pe toată durata graviditătţii şi a alăptării, trebuie purtat zi şi noapte.

Sutienul trebuie ales în funcţie de constituţia dumneavoastră şi nu după modă. El nu trebuie să fie nici prea larg, în care caz oricum n-ar servi la nimic, dar nici

prea strâns. El nu trebuie să lase urme adânci pe piele când este scos. Cupele trebuie să se potrivească cu forma sânilor şi, mai ales, să nu-i strivească.

SUPRAVEGHEAŢI-VĂ ŢINUTA

Controlaţi-vă poziţia spatelui. Staţi dreaptă şi obişnuiţi-vă să respiraţi adânc.

Dacă vă ţineţi spatele încovoiat sau aplecat în faţă, sânii vor avea tendinţa să-şi aplece vârful în jos. Puţin câte puţin, muşchii dorsali şi pectorali nesolicitaţi încep să se atrofieze. Or, pielea care susţine sânii depinde la rândul ei de aceşti muşchi.

Priviţi-vă din profil într-o oglindă şi trageţi umerii spre spate ridicând bărbia. Ce diferenţă! Sânii vi se ridică şi ei mândri!

FACEŢI GRIMASE

Contractaţi muşchii gâtului şi ai decolteului de vreo douăzeci de ori pe zi. Acest exerciţiu tonifică pectoralul mare – muşchiul care coboară în triunghi de la gât până la sâni.

Pronunţaţi litera X, lărgind la maximum surâsul. Repetaţi exerciţiul de 10 – 20 de ori la rând, în fiecare zi.

EVITAŢI CĂLDURA

Sânii detestă căldura, fie că este vorba de cea a apei de baie, sau de cea a soarelui. Căldura dilată vasele sangvine situate imediat sub piele, ceea ce încetineşte circulaţia şi moleşeşte carnea, deci ţesuturile de susţinere a bustului. Pe de altă parte, soarele îmbătrâneşte prematur pielea, distrugând fibrele elastice.

– Faceţi un efort de a vă tonifica mai des sânii cu apă rece stimulând astfel circulaţia şi întărind ţesuturile

– Duşuri reci scurte, de circa 2 minute, întăresc sânii mici prin contracţia vaselor de sânge

– Duşurile reci puternice şi lungi, de 4 sau 5 minute aplicate pe sânii grei, activează circulaţia sângelui şi favorizează eliminarea toxinelor. Puţin câte puţin, ei pierd din grăsime şi câştigă în fermitate.

Sub duş trebuie să urmăriţi mişcarea corectă: învârtiţi para duşului în cerc în jurul sânilor.

În lipsa duşului, stropiţi-i cu apă rece, folosind un burete mai mare sau o mănuşă de toaletă.

ÎNOTAŢI

Înotul este un exerciţiu excelent pentru sâni, mai ales stilul bras. Prin înot faceţi să lucreze lin muşchii spatelui şi pectoralii, fiindcă apa vă susţine. Acest sport

lipsit de violenţă este unul dintre cele mai eficace, muşchii fiind nevoiţi să învingă rezistenţa apei. În plus, presiunea apei asupra corpului constituie un masaj excelent. Puteţi să adăugaţi şi exerciţiul următor:

– Cu picioarele pe fundul bazinului, cu apa acoperindu-vă umerii, deschideţi larg braţele, apoi apropiaţi-le încet în faţă. Veţi simţi rezistenţa apei. Repetaţi de 10 ori.

FACEŢI CÂTEVA EXERCIŢII DE GIMNASTICĂ

Sânii nu au muşchi proprii, este un lucru pe care l-am stabilit. Pielea care îi menţine va fi cu atât mai bine întinsă, cu cât muşchii de care se leagă sunt ei înşişi tonici şi dezvoltaţi.

– Cu spatele drept, lipiţi-vă palmele astfel încât încheieturile mâinilor să fie la înălţimea bărbiei.

– Fără a desprinde degetele, loviţi-vă palmele de 20 de ori la rând.

– Ţineţi braţele la înălţimea bărbiei şi mâinile suprapuse.

– Schimbaţi rapid poziţia mâinilor una deasupra celeilalte respirând lent, de 20 de ori.

– Aşezată pe sol, cu braţele întinse înainte, cu câte o halteră de 1 kg în fiecare mână.

– Deschideţi lent braţele, apoi reveniţi la poziţia de pornire.

– Reluaţi de 20 de ori.

– Aşezată pe sol, cu spatele drept, încrucişaţi alternativ braţele în faţă.

– Întinsă pe sol, picioarele cu genunchii îndoiţi, burta suptă şi fesele strânse; braţele întinse lateral la nivelul

solului.

– Împreunaţi mâinile.

– Reveniţi lent la poziţia de plecare.

– Faceţi 3 serii de câte 10 exerciţii.

– Ţinând spatele drept şi omoplaţii adunaţi, ridicaţi braţele deasupra capului fără a ridica umerii.

– Strângeţi între mâini un aparat de exerciţii cu arc.

– Faceţi 3 serii de câte 10 exerciţii.

UTILIZAŢI CREMELE

Cremele de frumuseţe pentru bust

Cremele nu produc miracole la nivelul sânului propriu-zis, dar ajută la menţinerea pielii într-o stare bună. Bazate pe extrase biologice sau vegetale, ele contribuie la producerea şi menţinerea fibrelor elastice ale ţesutului de susţinere. Au şi meritul că obligă la un mic masaj al sânilor în timpul aplicării prin mişcări în cerc.

Cremele solare

Sunt indispensabile. Veţi alege în primele zile un

indice de protecţie cât mai înalt, mai ales dacă aveţi pielea de culoare deschisă. După duş, folosiţi o cremă hrănitoare pentru piele.

SE POATE MODIFICA FORMA SAU VOLUMUL SÂNILOR?

Da, prin chirurgie estetică.

Toate reţetele anterioare sunt destinate păstrării frumuseţii bustului cât mai mult timp posibil, dar în niciun caz, ele nu pot să-i modifice formă sau volumul, nici să ridice din nou sânii care s-au lăsat. Chirurgia estetică rămâne singura soluţie. Acest gen de operaţii reprezintă aproape 60 % din operaţiile de chirurgie estetică.

Decizia de a face o operaţie la sâni nu se ia în pripă. Ea trebuie luată după o matură chibzuinţă. Trebuie să vă gândiţi că sânii vor putea să arate după operaţie mult mai bine decât înainte, dar că nu vor fi niciodată perfecţi, ca în imaginaţia dumneavoastră. Pentru a putea fi mulţumite după aceea, trebuie să cunoaşteţi toate limitele operaţiei şi să le acceptaţi, mai ales problema cicatricelor. În orice caz, înainte de a vă alege chirurgul, informaţi-vă bine. Nu ezitaţi să consultaţi doi chirurgi pentru a vă face o opinie. Puneţi-le toate întrebările care vă trec prin minte şi, dacă este posibil, încercaţi să vedeţi rezultatele pe care le-au

avut în cazul altor femei operate.

SE POT MICŞORA SÂNII PREA MARI?

Există ţări unde reducerea mamară este una din rarele operaţii de chirurgie estetică pentru care sistemele de asistenţă socială suportă parţial costurile.

Sânii mari reprezintă nu numai o jenă fizică pentru tânăra fată, dar în aceeaşi măsură o jenă psihică, prin complexele pe care le produc. Ei pot fi responsabili de dureri ale spatelui, pricinuite de o deformare a coloanei vertebrale.

Hipertrofia mamară se datorează unei dezvoltări excesive a glandei mamare şi mai ales a ţesutului gras.

LA CE VÂRSTĂ POATE FI LUATĂ ÎN CONSIDERARE O REDUCERE MAMARĂ?

Imediat ce s-a terminat creşterea, adică spre 18 ani. Evident, ea poate fi realizată şi mai târziu.

EXISTĂ CONTRAINDICAŢII PENTRU REDUCEREA MAMARĂ?

Examenul clinic şi o mamografie permit depistarea eventualelor boli „ascunse”. În acest caz, operaţia nu poate

avea loc.

Când este practicată pe un sân care nu prezintă nicio anomalie, operaţia nu prezintă riscuri deosebite.

ÎN CE CONSTĂ RISCUL CICATRICELOR?

Este dificil de prevăzut cum va evolua cicatrizarea. Ea variază de la om la om. În cazul unei reduceri mamare, cicatricele reprezintă o chestiune aparte. Ele rămân roşii timp de 2 – 3 luni, pentru a deveni mai discrete după 6 luni. Evoluând, ele se mai estompează, timp de 2 – 3 ani, dar nu vor dispărea niciodată complet.

CÂT TIMP DUREAZĂ SPITALIZAREA?

Între 4 şi 7 zile. Va trebui să reveniţi la spital între a 10-a şi a 15-a zi, pentru scoaterea firelor.

CE PRECAUŢII TREBUIE LUATE DUPĂ OPERAŢIE?

– purtaţi sutien zi şi noapte în primele 3 luni

– Evitaţi mişcările bruşte şi nu ridicaţi braţele, pentru a nu trage de cicatrice

– Dormiţi pe spate

– Evitaţi băile calde care moleşesc pielea

– Nu vă expuneţi la soare timp de aproape un an,

pentru ca cicatricele să se estompeze normal

– Atenţie la regimul alimentar, pentru a evita apariţia depozitelor de grăsime în mijlocul ţesutului glandular, ceea ce ar avea ca efect o întindere a pielii şi deci şi a cicatricei.

ESTE POSIBILĂ O SARCINĂ DUPĂ O REDUCERE MAMARĂ?

Da, dar nu mai devreme de 2 ani. Dezvoltarea glandei mamare din timpul sarcinii ar fi dăunătoare pentru cicatrice.

ALĂPTAREA VA FI POSIBILĂ?

Da, în cazul în care canalele galactofore n-au fost perturbate prea tare. În această problemă trebuie consultat chirurgul care a făcut operaţia.

SÂNUL ÎŞI MAI PĂSTREAZĂ SENSIBILITATEA?

Acesta este un lucru variabil. Există riscul de reducere a sensibilităţii mamelonului.

CUM SE MĂREŞTE VOLUMUL SÂNILOR PREA MICI?

Când glanda mamară şi ţesuturile anexă sunt prea

puţin dezvoltate, se vorbeşte de *hipotrofie mamară.*

Unele femei se mulţumesc cu sânii lor mici, altele au complexe şi nu ezită să recurgă la chirurgia estetică.

Operaţia constă în introducerea unei *proteze* între sân şi muşchiul pectoral. Pentru aceasta, va fi practicată o incizie mică la subsuoară ori sub sân sau chiar în jurul areolei.

Protezele cele mai utilizate sunt cele umplute cu un *gel siliconic.* Există mai multe modele, de volum diferit. Consistenţa lor este foarte apropiată de cea a unui sân natural.

POATE APĂREA O RESPINGERE A PROTEZEI?

Poate să apară o formă de respingere. Orice organism are tendinţa de a respinge ceea ce îi este străin. În cazul protezelor cu suprafaţa netedă, în jurul lor se poate dezvolta o membrană. Din diferite cauze, în circa 30 % dintre cazuri această membrană se durifică prin dezvoltarea de mici fibre elastice şi izolează astfel proteza de restul sânului, printr-un fel de carcasă. Aceasta, fiind fibroasă, este vizibilă sub piele şi deci cu totul inestetică.

Noile proteze puse la punct de câţiva ani elimină acest inconvenient. Ele au o suprafaţă neregulată, care împiedică formarea fibrelor conjunctive.

CE PRECAUŢII TREBUIE SĂ LUĂM DUPĂ MONTAREA UNEI PROTEZE?

– Se recomandă masarea zilnică a sânilor pentru a împiedica formarea carcasei.

– Evitaţi soarele

– Evitaţi mişcările bruşte şi sportul.

PROTEZA PERMITE ALĂPTAREA?

Da. Ea nu jenează nici graviditatea, nici alăptarea.

PROTEZA POATE PROVOCA UN CANCER?

Nu. În plus, ea nu deranjează nici examenele de depistare a acestuia.

SE POATE FACE CEVA PENTRU SÂNII LĂSAŢI?

Lăsarea sânilor prin relaxarea ţesuturilor se denumeşte ptoză mamară. Ea se datorează adesea sânilor prea grei, dar nu sunt rare cazurile când apare la femei cu sâni mici, după ce au născut de mai multe ori.

Operaţia constă în reîntinderea pielii deasupra glandei, căreia rareori i se reduce volumul, şi în a scoate excedentul. Cicatricele sunt aceleaşi ca pentru o reducere mamară.

În general, femeile care se supun acestei operaţii au 40 de ani sau mai mulţi. Ele au depăşit, în orice caz perioada sarcinilor, care ar pune în pericol rezultatele.

CICLUL MENSTRUAL

Viaţa femeii este marcată în mod ciclic de un număr oarecare de fenomene fiziologice, dintre care cel mai vizibil este scurgerea de sânge în timpul menstruaţiilor.

Primele cicluri menstruale apar în timpul pubertăţii, iar menopauza înseamnă încetarea ciclurilor.

CE ESTE CICLUL MENSTRUAL?

Ciclul menstrual este un ansamblu de fenomene fiziologice, care revine cu regularitate în fiecare lună. Aceste fenomene sunt:

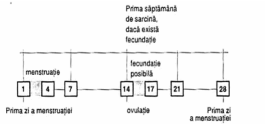
– Ovulaţia, care are loc la mijlocul ciclului

– Apariţia scurgerilor numite şi menstruaţii.

Ciclul menstrual începe în prima zi a apariţiei scurgerilor şi se termină în prima zi a scurgerilor următoare, şi nu în ajunul acestora. El durează în mod normal 28 de zile. Anumite femei au cicluri scurte, de 22 de zile, pe când altele, cicluri lungi, de 35 de zile.

Sub efectul unui reglaj hormonal, ciclurile se succed de la pubertate la menopauză, prezentând aceeaşi

înlănţuire de modificări ale aparatului genital, destinate să favorizeze o sarcină.



CICLUL MENSTRUAL

CARE SUNT HORMONII CE ASIGURĂ UN CICLU MENSTRUAL NORMAL?

Maturizarea organelor genitale interne şi externe, apoi modificările din cadrul ciclului menstrual sunt datorate acţiunii mai multor hormoni, având acţiuni interdependente.

NEURO-HORMONUL HIPOTALAMIC

Ca răspuns la informaţii de origine nervoasă, anumite celule nervoase ale HIPOTALAMUSULUI – o regiune foarte importantă a creierului, care este sediul centrilor nervoşi superiori – secretă un *neuro-hormon* denumit LH-RH. Acest prim semnal hormonal, care are loc cu aproximaţie la fiecare 90 de minute, stimulează o mică glandă situată chiar sub hipotalamus, denumită HIPOFIZA.

HORMONII HIPOFIZARI

Sub acţiunea hormonului LH-RH, hipofiza secretă la rândul ei doi hormoni, FSH ŞI LH, care ajung la ovare prin intermediul circulaţiei sangvine.

– **FSH** (Hormonul foliculo-stimulator) este hormonul hipofizar care antrenează maturizarea foliculului ovarian şi care determină nivelul de estrogeni secretaţi de ovar.

– **LH** (Hormonul luteinizant) este hormonul care provoacă ruptura foliculului, ceea ce antrenează ovulaţia. Ea declanşează o secreţie puternică de progesteron, prin intermediul corpului galben ce se formează prin transformarea foliculului.

HORMONII OVARIENI

Sub acţiunea hormonilor hipofizari, ovarele elaborează la rândul lor următorii hormoni: estrogenii şi progesteronul. Aceşti hormoni, eliberaţi în sânge, acţionează în primul rând asupra organelor genitale: vagin, uter, trompe şi sâni.

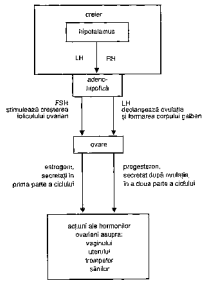
Ovarele secretă, de asemenea, o cantitate mică de hormoni masculini.

Estrogenii sunt secretaţi în permanenţă, de la pubertate până la menopauză, de foliculii ovarieni. Ei sunt estradiolul şi estronul. Estradiolul este estrogenul cel mai important prin cantitate şi prin rolul său biologic asupra

celulelor ţintă.

Estrogenii acţionează atât asupra organelor genitale şi a sânilor, cât şi a pielii şi mucoaselor, a ţesutului osos, vaselor sangvine şi a metabolismului, în general.

Progesteronul nu este secretat continuu. Deşi secreţia de progesteron are loc numai cu câteva zile înainte de ovulaţie şi în cantitate mică, el acţionează mai ales în a doua fază a ciclului menstrual, imediat după ovulaţie, când foliculul se transformă în corp galben.



SISTEMUL HORMONAL FEMININ

Progesteronul pregăteşte „cuibul” pentru un eventual ou fecundat. Sub acţiunea sa, mucoasa uterină se modifică sensibil, favorizând astfel implantarea oului.

După nivelul lor în sânge, estrogenii şi progesteronul stimulează sau frânează secreţiile hipotalamusului şi hipofizei. Hormonii ovarieni constituie deci un element

reglator, indispensabil ciclului feminin.

CE SE PETRECE ÎN OVARE ÎN CURSUL UNUI CICLU MENSTRUAL?

Ovarele au o activitate periodică, ciclică, ce urmează cursul ciclului menstrual.

La interval de 28 de zile, unul sau celălalt dintre ovare eliberează alternativ câte un ovocit, de-a lungul întregii perioade dintre pubertate şi menopauză.

Ovocitul este celula sexuală feminină. El este numit în general, în mod impropriu, *ovul.* Ovocitul este cea mai voluminoasă celulă ce poate lua naştere într-un organism uman.

Cele 300.000 – 400.000 de ovocite prezente în ovare în momentul pubertăţii sunt hrănite şi protejate de restul ţesutului ovarian printr-un singur strat de celule. Aceştia sunt foliculii primordiali.

În timpul primei părţi acidului, circa 14 – 15 zile, începând cu prima zi a ultimei menstruaţii, un anumit număr de foliculi sunt activaţi sub acţiunea hormonului hipofizar FSH. O parte vor ajunge la maturitate, însă numai unul singur va elibera un ovocit.

Celulele dispuse într-un singur strat în jurul ovocitului se multiplică, formând un înveliş celular de

grosimea a circa 10 straturi. În acest folicul încă dens, încep să apară mici cavităţi, care se umplu cu lichid. Ele se unesc formând o singură cavitate mare, care împinge ovocitul spre marginea foliculului. Foliculul, care se umflă prin dezvoltarea cavităţii sale, formează pe suprafaţa ovarului o mică umflătură de dimensiunea unei boabe de coacăză.

Aflate tot sub influenţa hipofizei, celulele ovarului, situate în jurul foliculului ovarian care se află în perioada de maturizare, secretă hormoni *estrogeni.* Cantitatea lor creşte pe măsură ce foliculul se dezvoltă. Ei ating un nivel maxim cu 24 de ore înaintea ovulaţiei. Aceşti hormoni, vărsaţi în sânge, vor acţiona cu prioritate asupra organelor genitale şi sânilor, dar şi asupra pielii şi oaselor.

Foliculul care măsura la începutul fazei foliculare 25 de miimi de milimetru în diametru, măsoară la sfârşitul acestei faze 15 mm. El poartă numele de FOLICULUL LUI DEGRAFF.

Creşterea cantităţii de estrogeni în sânge antrenează eliberarea masivă a celui de-al doilea hormon hipofizar numit LH. Sub acţiunea LH-ului, presiunea lichidului conţinut în interiorul foliculului creşte provocând în final ruperea lui. Lichidul folicular se scurge lent în exteriorul ovarului iar ovocitul ajunge pe suprafaţa acestuia, pe

măsură ce peretele folicular se distruge progresiv. Acest fenomen se numeşte PONTA OVULARĂ sau **OVULAŢIA.** Această eliberare a ovocitului din folicul are loc în cea de-a 14-a zi din cadrul unui ciclu normal de 28 de zile.

Ovocitul, încă învelit într-un strat gros de celule, este imediat aspirat de franjurii trompei lui Fallope care „mătură” suprafaţa ovarului. Antrenat prin diferite mişcări, ovocitul se deplasează în interiorul trompei, până în treimea exterioară a acesteia, unde o eventuală fecundare va avea loc.

În mod normal:

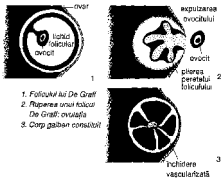
– Ovulaţia nu eliberează la fiecare ciclu decât un singur ovocit

– De la pubertate la menopauză doar 400 – 500 de ovocite vor ajunge la maturitate, toate celelalte degenerând

– Stocul de ovocite fiind deja constituit de la naştere, înseamnă că şi ele îmbătrânesc pe parcursul vieţii femeii.

Imediat după ponta ovulară, ovarul prezintă o plagă minusculă care se cicatrizează rapid. Foarte repede, foliculul ovarian se transformă sub influenţa hormonului LH, al cărui nivel este foarte ridicat. Pereţii foliculului rupt se distrug, pe măsură ce se dezvoltă vase sangvine capilare care îl vascularizează. Foliculul se transformă

astfel într-o glandă veritabilă denumită, după culoarea ei, CORP GALBEN. Corpul galben secretă estrogeni şi o cantitate importantă de *progesteron.* Progesteronul are rolul de a pregăti mucoasa uterină pentru cuibărirea oului.



MATURIZAREA FOLICULULUI, OVULAŢIA ŞI TRANSFORMAREA ÎN CORP GALBEN

– **Dacă ovocitul este fecundat** şi se instalează graviditatea, corpul galben rămâne în activitate timp de trei luni, secretând din ce în ce mai mult progesteron, pentru a asigura continuarea sarcinii. După această perioadă, rolul acesta este preluat de placentă şi corpul galben va regresa.

– **Dacă ovocitul nu este fecundat,** corpul galben atinge dimensiunea maximă şi maximum de activitate în 9 zile, după care regresează. El are deci o activitate cu o durată precisă, deoarece la 14 zile (plus sau minus două) după ovulaţie, el îşi încetează brusc secreţia. După aceea se transformă într-o relicvă de ţesut fibros.

Scăderea bruscă a nivelului de hormoni în sânge

provoacă apariţia scurgerilor menstruale.

Din momentul în care ovocitul nefecundat este evacuat prin menstruaţie, un nou folicul începe să se maturizeze. Acest lucru marchează începutul unui nou ciclu.

CE SUNT MENSTRUAŢIILE?

Este vorba de o scurgere sangvină care apare cu regularitate. Scurgerile încep şi termină un ciclu menstrual. Ele apar în general la interval de 28 de zile.

Sângele provine de la peretele uterin. El trece prin orificiul colului uterin şi coboară în vagin, unde stagnează puţin înainte de a ieşi în exterior.

CE SEMNIFICĂ SCURGERILE MENSTRUALE?

Prezenţa menstruaţiei arată că ovocitul nu a fost fecundat. Mucoasa uterină, care s-a pregătit să-l adăpostească, nu mai are niciun rost şi atunci este eliminată.

CARE ESTE CAUZA MENSTRUAŢIILOR?

Ele se datorează eliminării mucoasei uterine.

În fiecare lună, mucoasa uterină, care se mai numeşte şi endometru, suferă mari modificări datorate

faptului că se pregăteşte pentru o eventuală graviditate. Aceste transformări sunt determinate de hormonii ovarieni, estrogenii şi progesteronul.

Spre sfârşitul menstruaţiei, începând cu a 4-a zi a ciclului, mucoasa uterină distrusă în momentul menstruaţiei începe să se regenereze. Ea se îngroaşă progresiv, pe măsură ce acolo se dezvoltă glande şi vase sangvine, datorită efectului estrogenilor secretaţi de foliculii ovarieni aflaţi în curs de creştere. Îngroşându-se, mucoasa se pregăteşte să primească un ou fecundat.

Când ovocitul eliminat în a 14-a zi a ciclului n-a fost fecundat, corpul galben rezultat din transformarea foliculului îşi încetează brusc secreţia de progesteron, apoi degenerează.

Scăderea bruscă a cantităţii de hormoni în sânge provoacă mici contracţii la nivelul vaselor de sânge ale mucoasei. Acestea determină un fel de asfixiere a mucoasei, care sfârşeşte prin a se rupe în bucăţi, antrenând o succesiune de mici hemoragii locale. Ansamblul acestor mici hemoragii se constituie într-o scurgere sangvină care se numeşte în mod curent menstruaţie.

SE PIERDE MULT SÂNGE ÎN TIMPUL

MENSTRUAŢIEI?

Nu. În medie cam o jumătate de pahar, pe toată durata menstruaţiei. Abundenţa, precum şi durata variază de la o femeie la alta, şi chiar de la un ciclu la altul, pentru aceeaşi femeie.

Cele care poartă sterilet au un flux menstrual ceva mai abundent decât normal, pe când la cele care folosesc pilule anticoncepţionale el este mai puţin abundent.

CE PARTICULARITĂŢI ARE SÂNGELE MENSTRUAL?

El nu se coagulează. Acest lucru se datorează prezenţei în cavitatea uterină a enzimelor care lichefiază sângele. După cantitatea de sânge eliminat, enzimele pot acţiona imperfect, lăsând astfel să se formeze câteva mici cheaguri.

Scurgerea menstruală este constituită din sânge în cea mai mare parte, dar şi din mucus secretat de glandele uterine, ca şi din fragmente ale mucoasei.

DE CE SCURGERILE MENSTRUALE AU UN ANUMIT MIROS?

Sângele care provine din peretele uterin este absolut

steril şi, în consecinţă, nu are niciun miros. În cursul trecerii lui prin vagin, însă, este denaturat de către bacteriile vaginale şi capătă acel miros caracteristic.

O igienă bună, constând în toalete la intervale scurte şi o schimbare frecventă a protecţiei, evită însă orice miros dezagreabil.

CÂT TIMP DUREAZĂ MENSTRUAŢIA?

în medie între 4 şi 5 zile, cu un maximum de flux între a 2-a şi a 3-a zi. Poate dura şi mai mult, la femeile care poartă un sterilet, sau poate fi mai scurtă la femeile care folosesc pilula anticoncepţională.

Scurgeri foarte scurte, sau prea sărace, sunt semnul producerii unei cantităţi de progesteron insuficiente pentru descuamarea normală a mucoasei uterine.

Scurgerile prea lungi, depăşind o săptămână, pot fi considerate anormale.

CARE ESTE INTERVALUL NORMAL INTRE MENSTRUAŢII?

Intervalul normal este de 28 de zile, ceea ce corespunde unui ciclu lunar. Unele femei au cicluri mai scurte (de la 24 la 27 de zile), iar altele cicluri mai lungi (de la 30 la 35 de zile), fără ca acest lucru să creeze vreo

problemă. Ceea ce are într-adevăr importanţă, este ca durata ciclului să fie întotdeauna aceeaşi, şi nu care este ea.

SE POATE GRĂBI SAU ÎNTÂRZIA MENSTRUAŢIA DUPĂ DORINŢA PROPRIE?

Da, cu condiţia de a folosi pilula. Cum scurgerile menstruale apar după 23 zile de la încetarea administrării pilulei, este suficient să continuaţi s-o luaţi până la data dorită ca să întârziaţi ciclul, sau să încetaţi s-o luaţi înainte de data prevăzută pentru a-l devansa. Această practică lipsită de risc, nu trebuie aplicată totuşi, decât în mod excepţional, în perspectiva unui eveniment important cum ar fi un examen, o probă sportivă, o călătorie, sau orice altă manifestare pentru care simţiţi nevoia să fiţi în plină formă.

CÂND SE POATE VORBI DE CICLURI ANORMALE?

– Când un ciclu care a fost până la un moment dat regulat devine neregulat

– Când intervalul dintre menstruaţii este mai mic de 21 de zile, sau mai mare de 35 de zile

– Când menstruaţia durează mai mult de o

săptămână şi este prea abundentă

– Când menstruaţiile dispar, sau nu se manifestă decât din timp în timp.

Pentru oricare din aceste cazuri, trebuie să consultaţi medicul ginecolog.

CARE SUNT CAUZELE CICLURILOR NEREGULATE?

În primul rând, o proastă funcţionare hormonală. Ordinele date de către hipotalamus pot fi perturbate din diferite cauze, dintre care şocurile emoţionale sunt cele mai comune. Hipofiza prost stimulată informează la rândul ei, în acelaşi fel, ovarele, ale căror secreţii hormonale sunt direct responsabile de ciclul uterin. Data ovulaţiei este cea care determină şi data menstruaţiei. Scurgerile încep întotdeauna între a 10-a şi a 14-a zi de la ovulaţie. Când ovulaţia este avansată, la fel se întâmplă şi cu menstruaţia; când ea este întârziată, menstruaţia întârzie, de asemenea.

CĂROR CAUZE LI SE POATE DATORA O ÎNTÂRZIERE A MENSTRUAŢIEI?

– Unei ovulaţii întârziate ca urmare a unui şoc psihic, unei schimbări de climă, sau la începutul ciclurilor în perioada pubertăţii

– Unui dezechilibru hormonal de origine medicală, pentru care întârzierea poate fi primul semnal

– Unei sarcini

– Apropierii menopauzei.

CE E DE FĂCUT CÂND APARE O ÎNTÂRZIERE A MENSTRUAŢIEI?

Primul lucru simplu de făcut, este să vă luaţi temperatura în fiecare dimineaţă, înaintea ridicării din pat. Dacă trece de 37°, înseamnă că ovulaţia a avut loc. În acest caz, sau este vorba de un început de sarcină, sau ciclul trebuie să apară.

Dacă temperatura este mai scăzută de 36,5°, înseamnă că ovulaţia nu a avut încă loc. Atunci trebuie să continuaţi să vă luaţi temperatura regulat. Dacă va trece de 37°, înseamnă că ovulaţia tocmai a avut loc. Menstruaţia va apărea cam la 15 zile după aceea.

Dacă întârzierea este prea mare, trebuie să consultaţi un medic.

POATE O CURĂ DE SLĂBIRE SĂ AIBĂ VREO INFLUENŢĂ ASUPRA MENSTRUAŢIEI?

Da, dacă se face într-un mod prea brutal şi prea rapid. În acest caz, ea poate provoca o inhibiţie a activităţii

hormonale, şi va trece destul de mult timp până când aceasta va reveni la normal.

POATE APĂREA MENSTRUAŢIA FĂRĂ SĂ SE FI PRODUS OVULAŢIA?

Da, este îndeosebi cazul primelor cicluri, apărute la vârsta pubertăţii, care foarte adesea se produc fără ovulaţie.

Acest lucru se poate întâmpla însă, din când în când, şi la femeia adultă. Ciclurile fără ovulaţie antrenează o întârziere a menstruaţiei, mai mult sau mai puţin importantă: de la 2 la 20 de zile.

SUNT PERMISE RAPORTURILE SEXUALE ÎN TIMPUL MENSTRUAŢIEI?

Da, fără nicio problemă. Este doar o chestiune de gust personal. Dacă unele femei sunt refractare la ideea de a face dragoste în timpul acestei perioade, altele, dimpotrivă, sunt mai excitate decât de obicei.

Dacă nu sunteţi absolut sigură de partenerul dumneavoastră, cereţi-i să utilizeze un prezervativ, întrucât germenii sexuali transmisibili, şi în special virusul SIDA, se propagă mai uşor în această perioadă.

EXISTĂ RISCUL DE A RĂMÂNE GRAVIDĂ ÎN TIMPUL MENSTRUAŢIEI?

Nu. Dacă faceţi dragoste în timpul menstruaţiei, nu riscaţi nimic, deoarece sunteţi pe cale să eliminaţi un ovocit nefecundat. Un nou ovocit fecundabil nu va apărea decât după 12 până la 14 zile.

În ciuda acestui lucru, o ovulaţie în afara perioadei normale este întotdeauna posibilă. Orgasmul ar putea declanşa o astfel de ovulaţie. Aceasta se produce, totuşi, în mod cu totul excepţional.

Nu trebuie confundate menstruaţiile veritabile cu sângerări apărute din alte diverse cauze.

CUM SE MANIFESTĂ MENSTRUAŢIILE DUREROASE?

Menstrele dureroase poartă numele de *dismenoree.* Durerile provocate de menstruaţie se situează în general în josul abdomenului, şi se manifestă sub forma unor crampe violente, care iradiază până la rinichi şi în lungul coapselor. Ele sunt însoţite adesea de greţuri, putând ajunge până la vome, de dureri de cap şi uneori chiar de pierderea cunoştinţei (leşinuri).

DE CE POT FI DUREROASE MENSTRUAŢIILE?

Senzaţia de durere din timpul menstruaţiei ar putea fi rezultatul unor factori diverşi, care nu acţionează, în mod obligatoriu, toţi în acelaşi timp.

– **Secreţiile hormonale**

Doar menstruaţiile care urmează unei ovulaţii sunt dureroase. Când ciclul se desfăşoară fără să se fi produs ovulaţia, durerile sunt rare. S-ar părea deci că progesteronul, care apare după ovulaţie, ar avea un rol în producerea durerii menstruale. Dar nu prin acţiune proprie, ci în cazul unui prost echilibru al lui cu estrogenii.

– **Secreţia exagerată de prostaglandină**

Prostaglandinele sunt mediatori chimici prezenţi în peretele uterin, responsabile de declanşarea contracţiilor uterine, în vederea eliminării fragmentelor de mucoasă. Nivelul lor prea crescut provoacă contracţii prea puternice şi, în consecinţă, dureroase.

– **Conformaţia uterului**

Cu un uter prea mic, sau înclinat înainte ori înapoi, scurgerea sangvină se face mai puţin bine şi poate provoca dureri.

Dacă menstruaţiile devin dureroase, deşi n-au fost până în acel moment, consultaţi un medic, deoarece cauza ar putea fi o *afecţiune ginecologică.*

CE E DE FĂCUT CÂND MENSTRUAŢIILE SUNT P **DUREROASE?**

Hi Medicul vă va prescrie calmante sau antispasmodice. Dacă aceste produse se dovedesc insuficiente, el vă va da antiinflamatoare, care au proprietatea de a inhiba secreţia prostaglandinelor.

Dacă aveţi nevoie de contracepţie, pilula, suprimând ovulaţia, va evita şi durerea.

Foarte adesea, durerea se atenuează mult odată cu primele raporturi sexuale şi dispare aproape complet după prima naştere.

TREBUIE SĂ NE ÎNGRIJORĂM DIN CAUZA MENSTRUAŢIILOR PREA ABUNDENTE SAU CARE DUREAZĂ PREA MULT?

Acest gen de menstruaţie poartă numele de *menoragie.* Ea antrenează o pierdere importantă de sânge şi necesită o consultaţie medicală.

Menoragia poate surveni:

– La pubertate

– La perimenopauză, datorită insuficienţei de progesteron; estrogenii, atunci în exces, provoacă o îngroşare accentuată a mucoasei, care în momentul eliminării ei, produce o hemoragie mai abundentă decât de

obicei

– La femeile la care ciclul nu este regulat

– Accidental şi de scurtă durată, ca cea care urmează instalării unui sterilet sau deplasării acestuia.

EXISTA MEDICAMENTE CARE CRESC FLUXUL MENSTRUAL?

Da: aspirina şi anticoagulantele.

TREBUIE SĂ NE ÎNGRIJOREZE MENSTRUAŢIILE MAI PUŢIN ABUNDENTE SAU CARE DUREAZĂ PUŢIN?

Menstruaţiile care durează o zi sau maximum două, se numesc *hipomenoree.*

Cauza lor cea mai obişnuită este *administrarea pilulei anticoncepţionale.* Menstruaţiile în aceste situaţii sunt artificiale, fiindcă nu există ovulaţie, şi atunci sunt mult mai puţin abundente decât de obicei. Ele se reduc uneori la câteva urme brune. Hipomenoreea este mai pronunţată când pilula folosită are caracteristici predominant progestative.

O altă cauză poate fi o *perturbaţie hormonală,* care urmează unor probleme de natură psihică sau unor schimbări importante ale greutăţii.

Cauza poate fi, de asemenea, de natură locală, adică situată la nivelul *mucoasei uterine.* Poate apărea în urma unei naşteri, a unei întreruperi voluntare a sarcinii, sau a oricărei alte intervenţii asupra uterului.

În toate cazurile, medicul vă va ajuta să reveniţi la normal.

TREBUIE SĂ NE ÎNGRIJOREZE SÂNGERĂRILE CARE APAR ÎNTRE MENSTRUAŢII?

Sângerările care apar între menstruaţii poartă numele de *metroragie.*

Pierderile de sânge pot fi uşoare, adesea doar urme sau pete, dar pot fi uneori la fel de abundente ca menstruaţiile.

Urmele mici la mijlocul ciclului, în momentul ovulaţiei, nu sunt rare. Ele nu trebuie să vă neliniştească, dar e bine să le semnalaţi medicului.

Dacă sângerările survin după un raport sexual, ele se pot datora umflării colului, solicitat în timpul actului. Medicul ginecolog poate face un frotiu pentru a verifica starea celulelor colului. Dacă totul este normal, el vă va prescrie câteva pastile antiinflamatorii.

CARE POT FI CAUZELE ABSENŢEI

MENSTRUAŢIEI?

Absenţa menstruaţiei, sau cum i se mai spune *amenoreea secundară,* poate apărea la orice vârstă, brusc, ca urmare a unui şoc psihic de exemplu, sau progresiv, urmând unor cicluri mai mult sau mai puţin neregulate.

Lăsând la o parte cazurile de sarcină sau de menopauză, când oprirea menstruaţiei este normală, amenoreea poate avea mai multe cauze:

– *Ovarele* pot începe să funcţioneze prost, datorită apariţiei unor chisturi sau a unei tumori

– *Mucoasa uterină* poate prezenta o deficienţă care se regenerează greu

– *Insuficienţa secreţiilor hormonale:* ovarele nu sunt suficient stimulate de hipofiză şi din această cauză nu secretă hormonii indispensabili funcţionării ciclului; mucoasa uterină nu mai este solicitată.

O absenţă a ciclurilor face întotdeauna necesară o vizită la medicul ginecolog.

Este vorba de o stare de disconfort atât fizic cât şi psihic, care începe cu câteva zile înainte de menstruaţie, uneori o săptămână, chiar două, şi se termină odată cu apariţia acesteia. Aproape 75% dintre femei au parte de acest fenomen ciclic.

Simptomele cele mai frecvente sunt cele de umflare

şi de îngreunare, provocate cel mai des de reţinerea de apă în organism. Sânii, în afară de faptul că devin mai grei, pot avea mici noduli care se simt la pipăit, iar din cauza tensiunii pot deveni dureroşi. Faţa se poate umfla şi ea, la fel ca şi degetele. Picioarele devin grele. Burta e balonată. Aceste fenomene de reţinere a apei pot conduce la creşteri ale greutăţii de la 1 la 3 kg.

În afara acestor simptome, unele femei mai pot avea un acces de acnee, ori herpes bucal sau genital, păr gras, în vreme ce altele au dureri articulare sau musculare, ori migrene.

Este de la sine înţeles că nicio femeie nu suferă de toate aceste necazuri deodată. Există totuşi o constantă comună, şi anume, o mare senzaţie de oboseală, care se manifestă printr-o stare de apatie.

CE ESTE SINDROMUL PREMENSTRUAL?

CARE SUNT SIMPTOMELE SINDROMULUI PREMENSTRUAL?

CARE SUNT CAUZELE SINDROMULUI PREMENSTRUAL?

Cum sindromul (SPM) nu afectează decât femeile care au ovulaţii, e logic să ne gândim că el se datorează cel mai mult secreţiilor hormonale care survin în cursul

ciclului.

SPM apare după ovulaţie, în timpul celei de-a doua părţi a ciclului, când ovarele secretă estrogeni şi progesteron. Dacă aceşti doi hormoni sunt în dezechilibru cantitativ unul în raport cu celălalt, apar simptomele într-o măsură mai mare sau mai mică, în funcţie de natura dezechilibrului. În general, este deficitară secreţia de progesteron, iar predominanţa estrogenilor este cauza diferitelor tulburări, cum ar fi retenţia de apă. Există şi alţi factori fiziologici şi metabolici, ca modificările metabolismului glucidic, sau lipsa fierului, care provoacă apariţia simptomelor specifice.

Apoi, nu trebuie să micşorăm importanţa contextului psihologic; acţionând asupra centrilor nervoşi şi în special asupra hipotalamusului, factorii psihologici pot modifica secreţiile acestuia, afectând astfel întregul lanţ hormonal.

SE SCHIMBĂ COMPORTAMENTUL ÎN PERIOADA SINDROMULUI PREMENSTRUAL?

Da, foarte adesea. Somnul este perturbat şi nu sunt rare cazurile de insomnii cu câteva zile înaintea menstruaţiei. Sunteţi agitată, emotivă şi vă concentraţi mai greu. Apare şi o anumită stângăcie, pricinuită de o uşoară rigidizare a musculaturii: vă scapă lucrurile din

mână.

Pot apărea modificări ale apetitului, precum şi ale comportamentului sexual. În timp ce unele femei nu mai au momentan aceeaşi dorinţă sexuală, altele constată că a lor se intensifică în această perioadă.

Starea psihică suferă şi ea tulburări. Femeia supusă fluctuaţiilor hormonale pe parcursul ciclului are dispoziţii inegale. Activă şi veselă la mijlocul ciclului, se simte brusc neliniştită şi tensionată nervos cu puţin înaintea menstruaţiei. Această tensiune nervoasă datorată unei slăbiciuni accentuate se manifestă prin variaţii de dispoziţie, mergând de la o anume iritabilitate, până la agresivitate sau chiar violenţă. Sentimentul de melancolie, care se poate accentua până la depresiune, este şi el un fenomen destul de obişnuit. Parcă nimic nu mai merge, iar viaţa se vede numai în tonuri cenuşii. Crizele de plâns nu sunt rare în această perioadă. Acest tip de depresiune premenstruală se intensifică adesea după vârsta de 35 de ani.

EXISTĂ VREUN TRATAMENT PENTRU ATENUAREA EFECTELOR SINDROMULUI PREMENSTRUAL?

Principalul tratament constă în compensarea

artificială a deficitului de progesteron. Pentru aceasta, medicul ginecolog vă va prescrie un tratament pe bază de *progesteron natural,* sub formă de comprimate, sau unul pe bază de *progestativi* care sunt derivaţi de sinteză ai progesteronului. Aceste produse sunt eficace în cazul celor mai multe dintre manifestările fizice sau psihice ale SPM. Ele produc o stare de uşurare, dar pot provoca şi unele reacţii secundare, cum ar fi o creştere a apetitului sau o uşoară creştere a tensiunii arteriale şi a colesterolului din sânge.

Pilula anticoncepţională suprimând ciclurile ovariene permite limitarea şi chiar suprimarea efectelor SPM.

Pe durata acestei perioade de fragilitate, încercaţi să trăiţi evitând la maximum stresul. Aveţi grijă să:

– Vă odihniţi cât mai mult posibil

– Evitaţi excitanţii, ca alcoolul şi cafeaua

– Nu beţi prea multe lichide pentru a evita reţinerea apei în corp

– Aveţi o alimentaţie sănătoasă, fără prea multă sare, care contribuie la reţinerea apei

– Practicaţi unele exerciţii uşoare de gimnastică.

PRIMELE CICLURI: PUBERTATEA

Adolescenţa este trecerea obligatorie a copilului spre

omul adult. Ea începe pe la 10 – 12 ani cu primele semne ale pubertăţii, dintre care, la fete, evenimentul remarcabil este apariţia primelor cicluri.

Adolescenţa durează aproape 5 ani. Se consideră că ea încetează în momentul când devine evidentă o anumită maturitate fizică şi psihică.

Secreţia primilor hormoni

Pubertatea se instalează odată cu începutul funcţionării hipotalamusului, care va declanşa reacţii hormonale în lanţ.

Sub impulsul hormonului secretat de hipotalamus, LH – RH, hipofiza începe să secrete cei doi hormoni FSH ŞI LH. Această secreţie hipotalamo-hipofizară, puţin intensă la început, stimulează ovarele şi declanşează apariţia caracterelor sexuale secundare.

Într-o primă fază, ovarele nu secretă decât estrogeni, şi mai ales estradiol, care joacă un rol de prim rang în dezvoltarea organelor genitale.

Apariţia caracterelor sexuale secundare

Apariţia caracterelor sexuale secundare este prima manifestare de la începutul pubertăţii, fiind o consecinţă directă a secreţiei ovariene de estradiol. Este vorba, în

primul rând, de dezvoltarea mamară şi de apariţia pilozităţii.

Dezvoltarea mamară

Secreţia de estrogeni, care se declanşează cu circa doi ani înaintea primelor cicluri ovariene, determină mai întâi pigmentarea areolei, apoi dezvoltarea mameloanelor, înmulţirea canalelor excretoare, dar fără formarea părţii glandulare de la capetele lor; se dezvoltă ţesuturile conjunctiv şi adipos, care dau volum sânilor.

Cei doi sâni nu se dezvoltă în acelaşi ritm. Se întâmplă destul de des ca sânul stâng să-l devanseze pe cel drept.

Pilozitatea

Atunci când sânii îşi încep dezvoltarea, pilozitatea îşi face şi ea, timid, apariţia, sub impulsul hormonilor masculini, secretaţi în cantitate mică de către ovare, şi mai ales de către glandele suprarenale, care determină creşterea primilor peri, în jurul vârstei de 12 – 13 ani. Primii care apar sunt perii pubieni. Răspândiţi mai întâi pe labiile mari, ei acoperă apoi Muntele lui Venus. Pilozitatea axilelor e mai tardivă. Ea nu devine vizibilă decât într-un interval de 12 până la 18 luni de la apariţia pilozităţii

pubiene.

Puful care acoperea corpul fetiţei devine, pe membre de pildă, nişte peri mai lungi şi mai groşi.

Celelalte semne ale pubertăţii

Dezvoltarea sânilor şi pilozitatea sunt fenomenele cele mai vizibile care anunţă debutul pubertăţii. Totodată, vor avea loc şi alte modificări, dar într-un mod mai discret.

Vocea devine mai gravă şi intră în acţiune glandele sudoripare ale subsuorilor, mamelonului, buricului, labiilor mici şi ale regiunii anale, ceea ce determină schimbarea mirosului corpului.

Modificările staturii şi ale greutăţii

Cu circa un an înaintea apariţiei ciclurilor, adolescenta creşte mult. Această creştere importantă se situează în jurul vârstei de 12 – 13 ani, diminuând considerabil după apariţia primelor cicluri. Are loc, de fapt, osificarea cartilajelor de creştere, sub influenţa estrogenilor secretaţi de ovare. Aceiaşi estrogeni provoacă lărgirea bazinului, accentuarea arcuirii lombare şi repartizarea grăsimii pe şolduri, bazin şi coapse, dându-i astfel adolescentei morfologia sa specific feminină.

Maturizarea aparatului genital

Dezvoltarea organelor genitale trece de cele mai multe ori neobservată. Aparatul genital îşi dobândeşte caracteristicile definitive într-un mod foarte discret, ele datorându-se acţiunii estrogenilor secretaţi de ovare.

Organele genitale interne

– *Ovarele,* sub efectul hormonilor secretaţi de hipofiză, cresc în greutate şi volum. Încep să funcţioneze, dar imperfect, deoarece foliculii care încep să se dezvolte nu ajung la o deplină maturitate. Estrogenii, pe care aceştia îi eliberează puţin câte puţin, fac totuşi posibilă maturizarea organelor genitale interne şi externe. Procesul este lent, întinzându-se pe mai mulţi ani.

– *Uterul,* până atunci foarte mic, se alungeşte şi se lărgeşte. Mucoasa lui foarte subţire se îngroaşă, dar nu prezintă variaţii periodice, până la începerea ciclurilor menstruale. Colul începe să secrete cantităţi mici de substanţă vâscoasă, numită gleră cervicală.

– *Vaginul* adolescentei se umezeşte, prin apariţia secreţiilor lubrifiante ale glandelor sebacee şi sudoripare, care îşi încep activitatea. Celulele pereţilor vaginali participă la constituirea conţinutului vaginal, a cărui prezenţă se manifestă în perioada prepubertară prin

pierderi de lichide şi vâscozităţi. Conţinutul vaginal permite dezvoltarea bacteriilor specifice, care creează o oarecare aciditate în vagin, indispensabilă pentru propria lui protecţie.

Mucoasa vaginală irigată, mai mult, se colorează în roz pe măsură ce se îngroaşă.

Organele genitale externe

– *Vulva,* care la fetiţă era o fantă verticală, se modifică urmând linia curbării bazinului şi ajunge în poziţie orizontală. Ea se modifică lent: labiile mari, care erau două pliuri lipite unul de altul, se îngroaşă, se acoperă puţin câte puţin cu peri şi se îndepărtează uşor. Labiile mici, care abia se zăreau, se măresc şi se pigmentează. Clitorisul se îngroaşă şi devine sensibil la atingere.

– *Himenul,* acea membrană fină care închide parţial intrarea în vagin, se îngroaşă în timpul pubertăţii. Orificiul lui, care la fetiţă era de 10 – 12 mm, ajunge în această perioadă la 18 – 20 mm, permiţând trecerea unui tampon sau a unui deget. Marginile lui neregulate se alipesc, închizând în acest fel orificiul necesar scurgerii menstruaţiei. Grosimea şi elasticitatea himenului variază de la o femeie la alta.

Diferite tipuri de himen

Primele cicluri

Menstruaţiile sunt manifestarea cea mai importantă a pubertăţii. Ele denotă buna funcţionare a axei hormonale hipotalamo-hipofizaro-ovariene, şi arată că maturizarea sexuală e pe cale de a se desăvârşi.

Înaintea apariţiei primelor menstre, nivelul de hormoni hipofizari din sânge începe să crească. Consecinţa imediată este stimularea unuia sau mai multor foliculi ovarieni, dintre care niciunul nu va ajunge să se maturizeze, dar care vor secreta în sânge estradiol. Acest hormon declanşează maturizarea pe de o parte a organelor genitale şi a sânilor, iar pe de altă parte chiar a axei hormonale.

Primele cicluri sunt cel mai des *anovulatorii.* Aceasta înseamnă că foliculii ovarieni, insuficient stimulaţi, nu eliberează ovocite. Producţia de estrogeni e totuşi suficient de mare pentru a modifica mucoasa uterină şi a acţiona asupra hipofizei declanşând menstruaţia.

Apoi, când nivelul de estrogeni aflaţi în circulaţie devine suficient ca să provoace prima secreţie eficientă de LH hipofizar, acesta va declanşa prima ovulaţie. Această primă ovulaţie antrenează apoi continuarea procesului menstrual Colicului, care a eliberat un ovocit, se transformă în corp galben, care, la rândul lui, secretă progesteron. Mai puţin abundent la început, progesteronul va fi secretat la un nivel normal şi regulat după circa un an, poate chiar doi, după primele menstruaţii.

Datorită ciclurilor anovulatorii, primele menstruaţii pot fi neregulate şi pot varia cantitativ sau ca durată, pe o perioadă de mai multe luni. Ovulaţiille regulate, care au loc la mijlocul ciclului, nu vor apărea decât când centrii nervoşi superiori vor putea răspunde diferitelor solicitări hormonale.

Creşterea nu se încheie, dar încetineşte mult odată cu apariţia ciclurilor; sânii continuă să se dezvolte.

LA CE VÂRSTĂ APARE PRIMA MENSTRUAŢIE?

În ţările industrializate, ele apar în general între 12 şi 14 ani, adică la circa doi ani de la începutul pubertăţii. Ele apar mai devreme în ţările mediteraneene, cam pe la 10 – 11 ani. Primele menstruaţii pot deci să apară între 9 şi 17 ani.

EXISTĂ ELEMENTE CARE INFLUENŢEAZĂ VÂRSTA PUBERTĂŢII?

– Condiţiile familiale

Vârsta de apariţie a pubertăţii este adesea ereditară. În general, fetele ajung la pubertate la vârsta la care a ajuns şi mama lor. Fetele mai solide sunt mai precoce decât cele mai slabe.

– Condiţiile socio-economice

Ciclul apare mai devreme când hrana e mai bună, adică în cadrul grupurilor favorizate social.

Vârsta primelor cicluri scade constant, cu 4 luni la fiecare 10 ani. În 1860, de exemplu, vârsta medie era de 16 – 17 ani.

CÂND SE POATE VORBI DE PUBERTATE PRECOCE?

Se poate vorbi de pubertate precoce când primele semne se manifestă înaintea vârstei de 8 ani.

Apariţia acestora trebuie să determine prezentarea la un medic, fiindcă ele pot fi semnul unei anomalii. Totuşi, în 80 % din cazuri, ele reflectă doar o simplă activare prematură a funcţiei endocrine.

CÂND SE POATE VORBI DE O ÎNTÂRZIERE A PUBERTĂŢII?

– Când la 15 ani încă nu există niciun semn de dezvoltare mamară

– Când la 17 ani încă n-a apărut niciun ciclu; se vorbeşte, în acest caz, despre o *amenoree primară.*

TREBUIE SĂ NE ÎNGRIJORĂM CÂND CICLUL ÎNTÂRZIE?

Absenţa ciclului la tânără, sau amenoreea primară, poate avea cauze diverse şi doar examenul medical poate stabili dacă e vorba de o tulburare organică, sau de o simplă întârziere a maturizării endocrine.

Pentru aceasta se vor efectua:

– Un dozaj al cantităţii de hormoni în sânge, pentru a putea estima gradul de maturizare a sistemului endocrin

– O ecografie, pentru a stabili existenţa ovarelor şi a uterului. Dacă aceste prime rezultate se dovedesc normale, investigaţia trebuie continuată.

O fată care încă nu are ciclu la 17 ani trebuie să fie examinată de medic.

DIN CE CAUZĂ MENSTRUAŢIILE POT FI ABUNDENTE LA TINERE?

Estrogenii secretaţi în cantitate prea mare faţă de progesteron provoacă o creştere exagerată a mucoasei uterine. Când aceasta este eliminată, în cursul menstruaţiei, hemoragia este mai abundentă decât normal, în acest caz, consultaţi un ginecolog.

PRIMELE CICLURI POT FI ŞI NEDUREROASE. DE CE?

Pentru că sunt anovulatorii, adică fără eliminare de ovocit. Aceasta este şi cauza pentru care apar la intervale neregulate, chiar de câteva luni. Ciclurile se stabilizează după o anumită perioadă, uneori după un an, sau chiar mai mult. Când devin ovulatorii, menstruaţiile pot fi dureroase.

DE CE MENSTRUAŢIILE SUNT ÎN GENERAL DUREROASE LA ADOLESCENTE?

Pe parcursul unui ciclu complet, după eliminarea ovocitului, foliculul ovarian se transformă în corp galben, care secretă progesteron. Când, în a 28-a zi a ciclului, nivelul de progesteron aflat **în** circulaţie scade brusc, mucoasa uterină se asfixiază şi se rupe în fâşii, provocând o mică hemoragie.

La fata tânără, nivelul insuficient de progesteron secretat poate fi cauza durerilor la ciclu, prin dezechilibrul

lui în raport cu estrogenii.

Acestui factor hormonal, i se poate adăuga un exces de substanţe chimice, ca prostaglandinele, care stau la originea contracţiilor uterine. Tulburările pot fi accentuate pe fondul unui psihic emotiv sau nervos.

Primele cicluri foarte dureroase, în care sângele este puţin sau chiar absent, pot fi semnul unei mici malformaţii:

– Uter prea mic, sau prea înclinat înainte sau înapoi

– Himen neperforat, care împiedică eliminarea sângelui. Aceste malformaţii au, totuşi, un caracter excepţional.

CUM SĂ FACEM SĂ DISPARĂ DURERILE LEGATE DE CICLU?

– întindeţi-vă după ce aţi luat antispasmodicele prescrise de medic

– Puneţi o pernă electrică în partea inferioară a pântecului

– Beţi o infuzie de pelin, care poate fi găsită în farmacii, şi care – se ştie încă din antichitate – poate grăbi menstruaţia.

Foarte des, durerile la ciclu se atenuează mult după primele raporturi sexuale, şi dispar aproape complet după prima naştere.

CE FEL DE PROTECŢIE SĂ ALEGEM LA CICLU?

Fetei tinere, care nu este încă familiarizată cu sexul ei, i se recomandă să prefere tampoanele igienice externe. Se găsesc în mai multe mărimi şi grosimi, după importanţa fluxului.

Secreţiile vaginale fiind încă puţin abundente, punerea şi extragerea unui tampon intravaginal pot fi iritante pentru mucoase. E mai bine să se aştepte un an sau doi până când ciclurile s-au stabilizat cum trebuie, înainte de a începe utilizarea cu regularitate a tampoanelor intravaginale. În orice caz, tampoanele externe sunt preferabile pe timpul nopţii, pentru că lasă sângele să se scurgă liber.

Indiferent de tipul de protecţie periodică ales, în timpul menstruaţiilor e necesară o igienă strictă.

Tampoanele vor fi schimbate cât se poate de des, pentru evitarea apariţiei de mirosuri dezagreabile. Se va efectua o toaletă locală superficială şi la schimbarea fiecărui tampon.

Acestea vor fi schimbate la intervale de 3 până la 5 ore, pentru a se evita dezvoltarea bacteriilor, care pot provoca infecţii.

Tampoanele interne nu trebuie nicidecum folosite în

cazul scurgerilor albicioase. În astfel de situaţii utilizaţi tampoane externe şi consultaţi medicul. Scurgerile albicioase abundente, care vă obligă să folosiţi o protecţie, nu sunt normale.

O TÂNĂRĂ VIRGINĂ POATE FOLOSI TAMPOANE INTRAVAGINALE?

Teoretic da, fiindcă himenul este perforat în centru. Totul depinde de tipul himenului. Tampoanele intravaginale lărgesc orificiul, fără a-l destinde complet. Pentru primele încercări, tânăra va trebui să aleagă, evident, nişte minitampoane.

SE POATE DUCE O VIAŢĂ NORMALĂ ÎN TIMPUL MENSTRUAŢIEI?

Da, cu totul normală. Puţin câte puţin, toate tabuurile care priveau perioada menstruaţiei au căzut. Astăzi se admite:

– Să vă spălaţi pe cap fără niciun pericol

– Să faceţi sport

– Să vă scăldaţi

– Să aveţi raporturi sexuale.

Perturbaţiile pubertăţii

Trecerea de la vârsta copilăriei la vârsta adultă nu se face uşor. Schimbările fizice, atât de marcante, sunt

însoţite de tulburări psihice uşor de recunoscut.

Perturbaţiile psihice

Odată cu apariţia primelor cicluri menstruale, adolescenta devine conştientă de corpul şi feminitatea ei.

Este sfârşitul copilăriei şi, simţind această trecere, ea va dori să-şi făurească o nouă personalitate. Este, de asemenea, timpul trezirii sexualităţii, cu atât mai tulburătoare cu cât încă nu se poate exprima.

Această perioadă, punte de legătură între copilărie şi vârsta adultă, este adeseori dificil de depăşit, fiind marcată de crize frecvente, în care tânăra se opune atât părinţilor, cât şi şcolii. Adolescenta se simte neînţeleasă şi îşi exprimă această insatisfacţie prin respingerea autorităţii. Se exprimă agresiv şi nu rareori sfârşeşte în planşete, urmate de îmbufnări.

Cu un psihic fragil, fata are tendinţa să se închidă în ea însăşi. Devine reticentă faţă de familia ei şi simte nevoia imperioasă de a se destăinui unei prietene sau unui jurnal intim. Visătoare, ea exprimă în poeme, pe care le ascunde cu grijă, întreaga ei dezamăgire faţă de ceea ce crede că este neînţelegerea generală.

Cu toate că este nemulţumită de fizicul ei, tânăra caută totuşi să seducă. Este perioada primelor încercări de machiaj şi a interesului crescut pentru îmbrăcăminte şi

bijuterii.

În această perioadă importantă de transformări fizice şi psihice, care conduce spre vârsta adultă, înţelegerea de care trebuie să dea dovadă părinţii este esenţială. Dezvoltarea ulterioară a feminităţii depinde în fapt de felul cum adolescenta va reuşi să-şi rezolve problemele.

Probleme cu greutatea

Modificările fiziologice şi psihice pe care le provoacă pubertatea schimbă deseori atitudinea adolescentei faţă de hrană. Rezultă modificări ale greutăţii.

BULIMIA

Puseele de creştere care preced apariţia ciclurilor aduc adesea cu ele o creştere a poftei de mâncare. Fără să se ajungă până la obezitate, această supra-alimentaţie favorizează, totuşi, depunerea de grăsime în anumite părţi ale corpului, cum sunt fesele, coapsele şi şoldurile.

– Grăsimea acumulată va fi ulterior greu de eliminat

– Pielea se întinde excesiv, într-un timp prea scurt; fibrele elastice se rup, formând vergeturi.

Creşterea apetitului este rareori de natură fiziologică. Este vorba mai degrabă de o bulimie cauzată de starea de nemulţumire a adolescentei. Confruntată cu

problemele ei psihice, îşi găseşte consolarea mâncând mai ales dulciuri, care îi procură mângâiere şi reconfortare.

ANOREXIA

Este aceeaşi problemă ca şi în cazul bulimiei, doar că adolescenta reacţionează exact invers. În loc să mănânce prea mult, ea mănâncă prea puţin, şi poate chiar să refuze cu dezgust orice hrană. Exprimă astfel refuzul faţă de propria feminitate, şi conflictul deschis cu familia.

Consultarea unui psiholog lămurească problemele şi să sănătoasă faţă de hrană.

Poate ajuta adolescenta să-şi revină astfel la o atitudine mai

Acneea

Începutul activităţii sistemului endocrin este însoţit adesea de mici tulburări, dintre care cea mai cunoscută este apariţia acneei.

Ea este provocată de funcţionarea în exces a glandei sebacee, care se găseşte la rădăcina părului. Secreţia prea abundentă de sebum de către această glandă, este responsabilă de leziuni inflamatorii care se infectează. Acneea se prezintă deci, sub forma unor coşuri roşii care pot conţine şi puroi. Coşurile sunt localizate în special pe

faţă, dar pot apărea şi pe umeri, pe spate sau pe torace.

CARE SUNT CAUZELE CARE PRODUC ACNEEA?

– O *sensibilitate exagerată a glandei sebacee la hormonii masculini,* care sunt secretaţi în mod obişnuit de ovare şi de glandele suprarenale.

– O *igienă defectuoasă.* O demachiere necorespunzătoare favorizează închiderea porilor printr-un punct negru, care împiedică scurgerea de sebum şi provoacă o inflamare.

– *Anumite pilule* pot provoca la tinerele care îşi iau pentru prima oară măsuri de contracepţie, un puseu de acnee.

SE POATE VINDECA ACNEEA?

Da, cu condiţia de a o lua în serios chiar de la început. Acneea nu este o fatalitate legată de pubertate. De la primele sale manifestări, pentru a evita să se ajungă la semne de neşters, trebuie să consultaţi:

– *Medicul ginecolog,* în cazul când apariţia acneei coincide cu începutul folosirii pilulei; el vă va prescrie în acest caz o minipilulă, de exemplu „Diane 35”, care va restabili situaţia după câteva cicluri

– *Medicul dermatolog,* care vă va propune unul sau

mai multe tratamente locale eficace.

CARE SUNT PRECAUŢIILE CE TREBUIE LUATE ÎN CAZ DE ACNEE?

– Spălaţi-vă faţa cu loţiuni dermatologice, sau cu un lapte demachiant fin. Nu folosiţi niciodată săpunuri lichide, care deshidratează pielea, fiindcă aceasta va reacţiona secretând şi mai mult sebum.

– Alegeţi produsele de machia pentru ten gras, care se găsesc la farmacie.

– Evitaţi să vă expuneţi la soare, deoarece contrar unor idei destul de răspândite, acesta nu vindecă acneea. El are un efect benefic doar la început, pentru că suprimă pe moment inflamaţia vizibilă, dar, cauza acneei rămânând prezentă, ea reapare cu şi mai multă vigoare. Este deci preferabilă folosirea unei creme de protecţie faţă de razele solare.

– Optaţi pentru o alimentaţie sănătoasă şi variată, cu multe fructe şi legume, şi fără mezeluri.

SFÂRŞITUL CICLURILOR: MENOPAUZA

În jurul vârstei de 45 de ani, începe să apară o perioadă de probleme fizice şi psihice, care par să se înrudească cu cele resimţite în cursul pubertăţii. Cauza lor

este noua furtună hormonală ce se pregăteşte pe nesimţite, şi care va conduce la sfârşitul definitiv al ciclurilor menstruale.

Perioada în timpul căreia funcţia ovariană se diminuează se numeşte perimenopauza. Ea precede cu câţiva ani menopauza.

CE ESTE PERIMENOPAUZA?

Termenul de perimenopauza tinde să-l înlocuiască pe cel de premenopauză. El înglobează fenomenele care se manifestă atât în anii care preced menopauza, cât şi în anul care urmează opririi definitive a ciclurilor. Perimenopauza este marcată de diferite evenimente.

CĂROR CAUZE SE DATOREAZĂ MENOPAUZA?

– UNEI ÎNCETINIRI A FUNCŢIEI OVARIENE

Începând de la vârsta de 40 de ani, hormonii secretaţi de ovare încep să se diminueze. Se instalează, puţin câte puţin, un dezechilibru între producţia de estrogeni şi cea de progesteron.

Estrogenii

Secretaţi în mod normal de către celulele ovarului care înconjoară foliculul, estrogenii provoacă eliberarea unui hormon hipofizar – LH care este responsabil de

ruptura foliculului, şi deci de ovulaţie. (Vezi pag.57.)

Un nivel insuficient de estrogeni împiedică eliberarea ovocitului, fiindcă acesta nu mai ajunge la maturitate. Ovulaţia devine neregulată. Numeroase cicluri devin anovulatorii. Este cazul a 25 % din ciclurile dintre 40 şi 45 de ani, şi a 40 % din ciclurile de după 45 de ani.

Ovulaţiile devin mal rare, influenţate şi de faptul că stocul de ovocite conţinute în ovare la naşterea fetiţei s-a împuţinat, de-a lungul vieţii.

Progesteronul

În cea de-a doua parte a ciclului, folicul degenerescent se transformă într-un corp galben, insuficient irigat şi deci deficitar, care secretă mult mai puţin progesteron.

Când nu există ovulaţie, corpul galben nu se formează şi, în consecinţă, nu există nici secreţie de progesteron.

– UNUI DEZECHILIBRU HORMONAL

Pornind din jurul vârstei de 45 de ani, se dezvoltă puţin câte puţin o instabilitate hormonală. Producţia de estrogeni continuă, pe când cea de progesteron se diminuează din ce în ce mai mult. Se creează între cei doi hormoni un dezechilibru, care se accentuează în decursul

timpului.

Or, progesteronul are rolul de a contrabalansa efectele estrogenilor. Atunci, dezechilibrul hormonal dintre estrogeni şi progesteron va conduce la un dezechilibru fiziologic.

CUM SE MANIFESTĂ PERIMENOPAUZA?

Lipsa progesteronului creează un *dezechilibru hormonal,* responsabil de tulburările care apar cu 2 – 3 ani înaintea menopauzei:

Ciclurile devin neregulate, când scurte, când lungi. Menstruaţiile sunt şi ele lejere sau abundente, după cum sunt ciclurile; ele pot chiar lipsi un ciclu sau două, ca apoi să reapară normal.

Î**n timpul celei de-a doua părţi a ciclului:**

– Sânii sunt tensionaţi şi dureroşi

– pântecul e balonat

– Picioarele sunt îngreunate

– Starea psihică este instabilă: iritare, schimbări bruşte de dispoziţie, anxietate

– Somnul e perturbat.

DEZECHILIBRUL ESTROGENI-PROGESTERON POATE PROVOCA PROBLEME DEOSEBITE?

Prin deficitul de progesteron, impregnarea ţesuturilor cu estrogeni rămâne permanentă. Acest lucru este cauza frecvenţei mai mari a problemelor ginecologice în perioada care precede menopauza, între 45 şi 50 de ani. Este favorizată:

– O hiperplazie, adică o îngroşare excesivă a mucoasei uterine, având drept consecinţă menstruaţii mai abundente

– Formarea de polipi sau de fibroame

– Apariţia leziunilor benigne ale sânilor

– Dezvoltarea ulterioară de cancere, în special a cancerului:

– Uterin, ca urmare a hiperplaziei de endometru

– La sân.

Corectarea dezechilibrului hormonal prin aport de progesteron în partea a doua a ciclului menstrual este deci foarte indicată, chiar dacă aceasta nu este singura cauză provocatoare de cancere.

DACĂ MENSTRUAŢIA LIPSEŞTE LA UN TERMEN.

CUM SE POATE ŞTI DACĂ NU ESTE O SARCINĂ?

În perioada perimenopauzei, menstruaţiile, până

atunci regulate, pot să nu mai apară. Primul gând care îţi vine în minte este că poate fi o sarcină. Pentru a te asigura, este suficient:

Să vă luaţi temperatura dimineaţa, înainte de a vă ridica din pat:

– Dacă ovulaţia n-a avut loc, ea este în jur de 36,5° *C.* Dacă ovulaţia a avut loc, temperatura este mai mare de 37°; în acest caz, ori scurgerile vor veni ceva mai târziu, ori sunteţi chiar însărcinată.

Faceţi un test de graviditate. El vă va da răspunsul imediat. Când menstruaţia lipseşte pe durata mai multor cicluri, un test al progesteronului vă permite să aflaţi dacă este vorba de un deficit real de progesteron. Administrarea unui progestativ, adică a unui derivat **al** progesteronului, timp de 10 zile, declanşează apariţia menstruaţiei.

ÎN CE CONSTĂ TRATAMENTUL PERIMENOPAUZEI?

Tratamentul compensează artificial deficitul de progesteron. Acesta constă în administrarea timp de 10 zile, începând din a 16-a zi a ciclului, a unui progestativ. El vă ajută să evitaţi îngroşarea prea accentuată a mucoasei uterine, şi astfel, sângerările importante, tensiunea sânilor

şi tulburările dispoziţiei psihice.

CÂND TREBUIE SĂ ÎNCEPEM UN TRATAMENT PROGESTATIV?

Medicul ginecolog vă va prescrie progesteron în cea de-a doua parte a ciclului, când se fac simţite mai mult necazurile caracteristice perimenopauzei. Ne referim mai ales la ciclurile neregulate, sau la sânii foarte tensionaţi. Vârsta variază de la o femeie la alta. Ea poate fi de 40 de ani pentru unele şi chiar peste 45 de ani, pentru altele.

CE E DE FĂCUT DACĂ MENSTRUAŢIA NU APARE DUPĂ ADMINISTRAREA UNUI PROGESTATIV?

Menstruaţia nu apare, pentru că există o diminuare a secreţiei de estrogeni. Aceasta poate fi doar temporară, aşa că trebuie luat din nou progestativ la ciclul următor, la data prescrisă.

Între timp, un test de graviditate vă va scăpa de teama de a fi însărcinată.

CÂT TIMP TREBUIE URMAT TRATAMENTUL CU PROGESTATIV?

Până la dispariţia completă a menstruaţiei, în cazul a

trei din patru cicluri, în pofida unei administrări de progestativ. Acest fapt înseamnă că s-a oprit cu totul funcţia ovariană şi că nu se mai secretă deloc estrogeni. S-a instalat de acum menopauza.

Medicul ginecolog va solicita o analiză a dozajului hormonilor ovarieni şi suprarenali, pentru a avea confirmarea. Dacă doriţi, şi nu există contraindicaţii pentru dumneavoastră, el vă va putea prescrie un tratament substitutiv pentru menopauză.

CE ESTE MENOPAUZA?

Menopauza înseamnă absenţa definitivă a menstruaţiei. Aceasta arată că funcţia ovariană s-a oprit.

La unele femei, oprirea ciclurilor este bruscă, în timp ce la altele se instalează progresiv, cu cicluri tot mai neregulate şi intervale între menstruaţii tot mai mari.

Se poate vorbi într-adevăr de menopauză, dacă ciclurile s-au oprit de un an.

LA CE VÂRSTĂ SURVINE MENOPAUZA?

În general, în jurul a 50 de ani. Când ea se instalează înainte de 40 de ani, se poate vorbi de menopauză precoce. După 55 de ani se vorbeşte de o menopauză întârziată.

Un tabel statistic al vârstei la care femeile ajung la

menopauză ar arăta astfel: la 44 de ani, 15%, la 50 de ani, 50 % din numărul femeilor, la 55 de ani, 99 %

EXISTĂ FACTORI CARE INFLUENŢEAZĂ VÂRSTA CÂND SE INSTALEAZĂ MENOPAUZA?

Vârsta la care se instalează menopauza este, în cea mai mare măsură, ereditară. Orice femeie poate s-o aproximeze, dacă ştie la ce vârstă s-a instalat menopauza la mama ei. *Alţi factori pot grăbi vârsta de instalare a menopauzei:*

– Tutunul; contribuie la diminuarea mai rapidă a producţiei de estrogeni, prin acţiunea lui asupra centrilor nervoşi

– O alimentaţie neechilibrată

– Condiţii de viaţă socio-economice grele

– Stresul psihic.

PILULELE CONTRACEPTIVE LUATE MAI MULŢI ANI LA RÂND ÎNTÂRZIE MENOPAUZA?

Dat fiind că ovarele sunt menţinute în repaus de către pilulă, s-ar putea crede că se face o „economie” de ovocite şi, în felul acesta, ele vor ajunge pentru mai multă vreme. Nu-i deloc aşa. Ovocitele neeliberate degenerează.

Nimic nu poate frâna procesul ce conduce la menopauză.

CARE POT FI CAUZELE UNEI MENOPAUZE PRECOCE?

Se spune că menopauza este precoce, când se instalează înainte de 40 de ani. Fenomenul poate avea drept cauză:

– Ablaţia chirurgicală a ovarelor

– Un tratament medical chimioterapeutic, sau administrarea anumitor medicamente

– Un şoc psihic datorat unui accident

– Un şoc psihic, în urma unui divorţ sau unui deces, deşi aceste cazuri rămân relativ rare.

Pentru toate aceste cazuri de menopauză precoce, se va aplica un tratament substitutiv, de fiecare dată când este posibil, pentru a se evita o carenţă hormonală prea lungă.

PRIN CE SE CARACTERIZEAZĂ MENOPAUZA ÎN PLAN HORMONAL?

Menopauza afectează viaţa genitală, fiindcă încetează funcţiile legate de reproducere.

OPRIREA FUNCŢIEI OVARIENE

Aceasta înseamnă:

Sfârşitul ovulaţiilor

Din cei 400.000 de foliculi primordiali prezenţi la naştere, doar circa 400 – ceea ce reprezintă abia 0,1% – au ajuns la ovulaţie, restul, de 99,9%, au degenerat înainte de a ajunge la maturitate.

În momentul menopauzei, ovarele nu mai conţin foliculi. Sterilitatea este deci definitivă.

Sfârşitul secreţiilor hormonale

Cum nu mai există ovulaţie, secreţia de progesteron care i-ar fi urmat în mod normal se opreşte complet; cea de estrogeni continuă încă un timp, dar din ce în ce mai puţin.

Încetarea menstruaţiilor

Ea poate să survină brusc, dar cel mai adesea urmează după o perioadă mai lungă sau mai scurtă de cicluri neregulate.

Menopauza poate fi confirmată, când menstruaţia lipseşte complet, timp de un an întreg.

SECREŢIA EXCESIVĂ A HORMONILOR HIPOFIZARI

Hipofiza continuă să secrete cei doi hormoni ai săi –

FSH ŞI LH – pentru a stimula foliculii. Ovarele nu pot răspunde la această stimulare, fiindcă nu mai au foliculi. Urmează o creştere a activităţii hipofizei, hormonii acesteia regăsindu-se în cantităţi însemnate în urină şi în sânge.

Această secreţie exagerată influenţează alte glande, cum ar fi tiroida, şi provoacă diverse alte tulburări.

CARE SUNT TULBURĂRILE IMEDIATE LEGATE DE MENOPAUZĂ?

TULBURĂRILE FIZICE

Indiferent dacă este vorba de tulburări fizice sau psihice, ele sunt trecătoare. Organismul, lipsit de hormoni importanţi, trebuie să se adapteze şi să dobândească un nou echilibru.

Aceste tulburări se estompează cu timpul, sau dispar încă de la începutul unui tratament hormonal substitutiv.

Hormonii ovarieni nu acţionează numai asupra organelor genitale. Ei au un anumit rol şi în metabolismul general.

Bufeurile[1]

Ele sunt manifestările cele mai spectaculoase ale menopauzei, la începuturile ei.

---

1 Valuri de căldură (n.t.)

Fără a avea repercusiuni fiziologice importante, sunt totuşi foarte supărătoare, fiindcă pot surveni în orice moment al zilei sau al nopţii. Timp de două minute, faţa şi gâtul se înroşesc şi se acoperă de sudoare.

Bufeurile sunt foarte frecvente, ele afectând cam trei sferturi dintre femeile la vârsta menopauzei. Intensitatea lor diferă de la o femeie la alta. Pentru majoritatea, ele sunt lejere, manifestându-se printr-o uşoară senzaţie de căldură, însoţită sau nu de înroşirea feţei. La circa 10 % dintre femei, sunt mai violente şi se prezintă sub forma unor crize de transpiraţie extrem de neplăcute, noaptea.

Bufeurile apar uneori înaintea opririi definitive a ciclurilor, însă cel mai adesea apar la câteva luni după ultima menstruaţie. În medie durează de la 2 la 5 ani, dacă nu se face un tratament substitutiv.

Bufeurile sunt imprevizibile. Ele se pot declanşa la cea mai mică emoţie, sau ca urmare a unei surprize sau a unui stres.

Pentru a le micşora frecvenţa, se vor evita excitante ca:

– băuturile alcoolice

– Tutunul

– Cafeaua şi ceaiul

– Mâncărurile condimentate.

Bufeurile le pun la grea încercare pe femeile care le resimt, şi de aceea este adesea necesar un *medicament paliativ* de urgenţă, în sprijinul tratamentului hormonal.

În afara medicamentelor care acţionează asupra circulaţiei sangvine sau asupra centrului termoreglator, rezultate bune pot da şi tratamentele homeopatice şi acupunctura. Sunt recomandate, de asemenea, alimentele bogate în vitamina C sau în vitamina E, care se găsesc în fructele proaspete şi legumele verzi.

Oboseala

Este unul dintre simptomele cele mai întâlnite în anii care preced şi care urmează menopauzei, ea afectând jumătate dintre femei.

Oboseala se poate manifesta în mai multe feluri:

– Printr-o senzaţie de oboseală intensă dimineaţa la trezire, după o noapte de odihnă normală

– Muşchii şi articulaţiile sunt înţepenite şi dureroase dimineaţa la trezire

– Palpitaţii ce apar pe tot cuprinsul zilei

– Un tonus general scăzut

– Durate de revenire mai lungi.

Creşterea în greutate

Este problema fizică cel mai des întâlnită şi cea mai

supărătoare. Nicio femeie nu se împacă cu îngroşarea siluetei, care dă impresia de îmbătrânire generală.

De la intrarea în perimenopauză, dezechilibrul hormonal estrogeni – progesteron poate conduce la reţinerea apei în ţesuturi. Pe de altă parte, administrarea unui progestativ destinat să restabilească echilibrul se asociază cu o tendinţă de creştere a poftei de mâncare. O schimbare uşoară a înfăţişării, datorată unui spor de câteva kilograme, apare chiar înaintea menopauzei.

În momentul menopauzei, când toate funcţiile ovariene încetează, creşterea în greutate se va intensifica. Acest fenomen e adesea legat de faptul că femeile, nemulţumite de toate aceste schimbări, caută compensaţia într-un consum excesiv de dulciuri.

Creşterea în greutate la menopauză este datorată atât factorilor hormonali, cât şi vârstei. Nevoite de calorii se micşorează chiar la vârsta când gastronomia este tot mai apreciată. Unei alimentaţii adesea prea bogată i se adaugă de multe ori lipsa de mişcare.

Anumite femei se îngraşă un kilogram sau două într-un an, pe când altele, predispuse mai mult la îngrăşare, pot să ajungă la 10 kg în plus.

Ca să se evite aceste depuneri, care se localizează mai ales pe coapse, fese şi şolduri, este necesar să se

introducă o *bună igienă alimentară* încă din jurul vârstei de 40 de ani.

– Nu ronţăiţi întruna toată ziua

– Suprimaţi dulciurile, bomboanele şi prăjiturile; acestea conţin zaharuri care se asimilează rapid şi se transformă în grăsime

– Lăsaţi-o mai încet cu grăsimile animale şi mai ales cu mezelurile; acestea, în exces, joacă un rol preponderent şi nefast în formarea colesterolului

– Preferaţi peştele, legumele şi fructele proaspete

– Beţi multă apă pentru a favoriza eliminarea toxinelor şi hidratarea pielii

– Faceţi mişcare cu regularitate, pentru menţinerea unei musculaturi tonice; acest lucru va întârzia şi apariţia osteoporozei

– Urcaţi şi coborâţi scări

– Mergeţi cel puţin 15 minute pe jos, zilnic; acesta e un minim necesar

– Frecventaţi o sală de sport şi faceţi în fiecare săptămână una sau două şedinţe de gimnastică, de stretching, sau de alte exerciţii de menţinere a musculaturii.

Balonările

Abdomenul are tendinţa să se umfle şi să se baloneze din orice nimic. Acest fenomen este direct legat de scăderea estrogenilor în sânge.

Apariţia ridurilor

Carenţa de estrogeni atrage după sine o deshidratare a pielii, care devine mai slabă, mai uscată, mai puţin suplă şi deci predispusă la riduri. Colagenul şi elastina care formează suportul elastic al pielii se reînnoiesc mai încet iar pielea începe să se relaxeze mai ales la nivelul feţei. Aceste modificări, uneori foarte rapide, sunt răspunzătoare de o adevărată „îmbătrânire rapidă".

Activitatea melanocitelor, care dau pigmentaţia pielii, este perturbată şi atunci apar locuri cu mici zone depigmentate. În această perioadă femeile frecventează institutele de înfrumuseţare şi cumpără creme numite „contra îmbătrânirii".

Pentru îmbunătăţirea stării pielii dumneavoastră:

– Cereţi la farmacie să vi se prepare o cremă care să conţină estrogeni

– Evitaţi expunerile prea lungi la soare; chiar dacă o faceţi, ungeţi-vă înainte cu o cremă protectoare care conţine elemente de filtrare a razelor ultraviolete

– Mâncaţi fructe proaspete şi beţi multă apă.

Tratamentul hormonal de substituţie împiedică îmbătrânirea rapidă a pielii.

Semnele de masculinizare

Ovarele nu mai produc hormoni feminini, dar continuă să producă hormonii masculini. În funcţie de cantitatea de hormoni secretaţi, pot apărea anumite semne de masculinizare, ca de exemplu o pilozitate excesivă, o rarefiere a părului sau o îngroşare a vocii. Toate aceste tulburări dispar, dacă se face tratament hormonal.

TULBURĂRILE PSIHICE

Perioada menopauzei se dovedeşte a fi dificilă pe plan psihologic. Ea reprezintă, în mod eronat pentru multe femei, sfârşitul tinereţii, al puterii de seducţie şi al iubirii. Conştientizarea unei schimbări ce se petrece deodată, atât în corp cât şi în viaţă, stă adesea la originea problemelor psihice, care pot merge de la o simplă deprimare până la o adevărată depresiune.

Copiii au crescut şi încep să se îndepărteze de casă, iar soţul, având rutina anilor de căsătorie petrecuţi împreună, nu dă totdeauna atenţie acestor lucruri. Li se adaugă imaginea depreciată, pe care şi-o face femeia care îşi examinează de aproape primele riduri şi-şi vede talia

îngroşându-se.

Într-o societate care pune pe cea mai înaltă treaptă tinereţea şi frumuseţea, o femeie la 50 de ani, care nu se mai simte chiar tânără, dar care nu este încă nici bătrână, îşi găseşte locul cu greu. Acest disconfort psihic este accentuat de modificările hormonale pe care le trăieşte în perioada perimenopauzei.

Nicio femeie nu se poate sustrage acestor probleme, care vor fi simţite mai mult sau mai puţin intens, după personalitatea şi experienţa fiecăreia.

Asemenea tulburărilor fizice, şi tulburările psihice regresează în urma tratamentului hormonal substitutiv.

Nervozitate, iritabilitate, anxietate şi plictiseală

Se succed periodic. Dispoziţia se poate schimba de la o zi la alta, sau chiar în cursul aceleiaşi zile, fără un motiv anume. Este suficientă uneori o uşoară altercaţie, pentru ca nimic să nu mai meargă.

Pierderile de memorie

Atenţia şi concentrarea se obţin tot mai greu. Aceasta face ca şi memorizarea să fie mai dificilă, ceea ce conduce în mod greşit la concluzia că memoria este pe cale de a se pierde.

Insomniile

Apar în mod frecvent în perimenopauză. Sunt cel mai des legate de o stare de anxietate, care stă în calea somnului. Ele se pot instala şi ca urmare a unei treziri inopinate, pricinuite de o senzaţie de căldură sau de dureri musculare.

O anumită *igienă a vieţi* va înlesni adormirea:

– Suprimaţi cafeaua şi ceaiul odată cu începutul după-amiezii

– Evitaţi alcoolul care este excitant

– Alegeţi mâncăruri uşoare

– Beţi o infuzie caldă înainte de culcare, evitând însă menta, care este un excitant; e bine să ştiţi că florile de tei în infuzie uşoară sunt un calmant care favorizează somnul, dar o infuzie puternică devine excitantă.

Scăderea libidoului

Perioada menopauzei înseamnă adesea şi începutul unui anume dezinteres pentru sex. Acest lucru este, în general, consecinţa pierderii încrederii în sine, mai ales în privinţa dorinţei pe care o mai poate inspira partenerului. O uşoară îngrăşare, o piele mai puţin întinsă şi o uşoară uscăciune vaginală sunt suficiente pentru a dezvolta o

anume indispoziţie în privinţa jocurilor dragostei. Este un mod greşit de gândire, fiindcă se dovedeşte că menţinerea unei bune activităţi sexuale atenuează celelalte tulburări psihice. Cincizeci de ani nu înseamnă deloc sfârşitul feminităţii; sexualitatea dumneavoastră este, din contră, în plină floare şi trebuie să vă mai aducă multe bucurii.

La această vârstă, adesea, se poate începe o nouă viaţă.

CARE SUNT EFECTELE PE TERMEN LUNG ALE MENOPAUZEI?

Mai puţin spectaculoase decât primele, tulburările pe termen lung vor apărea, pe rând, de-a lungul anilor care vor urma menopauzei. Ele privesc organele genitale, arterele şi oasele.

Tratamentul substitutiv al menopauzei vă permite să evitaţi, sau cel puţin să limitaţi aceste riscuri.

MODIFICĂRILE ORGANELOR GENITALE

Câţiva ani după instalarea menopauzei, organele genitale externe şi interne suferă un regres, datorat, în primul rând, absenţei estrogeni lor.

Labiile mari, ca şi cele mici, se micşorează şi devin mai palide, clitorisul devine mai sensibil, ceea ce face ca

uneori excitaţia lui să fie neplăcută.

Orificiul vulvar se strânge, împiedicând penetrarea. Acest lucru devine cu atât mai neplăcut, cu cât şi vaginul se strânge, atât în lăţime, cât şi în lungime, îşi pierde supleţea şi devine mai uscat, lipsind secreţiile lubrifiante.

Raporturile sexuale devin mai puţin plăcute şi, dacă femeia nu are o motivaţie puternică, le refuză din ce în ce mai des.

De altfel, devenind mai puţin acid datorită lipsei de secreţii, vaginul este mai sensibil la iritaţii şi la infecţii.

Ce măsuri se pot lua?

– Prin aportul de estrogeni, tratamentul hormonal al menopauzei redă ţesuturilor toate calităţile.

– Se poate face şi un tratament local, ca paliativ, sau în completarea tratamentului hormonal. El constă din introducerea în vagin a unor:

– Geluri lubrifiante, care ameliorează pe moment raporturile

– Creme sau pastile vaginale pe bază de estrogeni; utilizarea lor de 2 sau 3 ori pe săptămână îndepărtează uscăciunea vaginală.

Continuarea unei vieţi sexuale active şi regulate este deseori suficientă ca să menţină şi să întreţină lubrifierea ţesuturilor.

MODIFICĂRILE SÂNILOR

Carenţa hormonală este cauza unei atrofii progresive a sistemului canalicular şi ale acinilor, care constituie glanda mamară. Sânii au tendinţa să revină la starea lor prepubertară, dar cum, în paralel acumulează grăsime, îşi păstrează totuşi volumul nemodificat.

PROBLEMELE CARDIOVASCULARE

Datorită estrogenilor, femeile sunt protejate faţă de bolile cardiovasculare. După menopauză, lipsite de aceşti hormoni, ele se regăsesc ia egalitate cu bărbaţii faţă de aceste boli.

Ca efect al carenţei de estrogeni:

– Vasele sangvine se îngustează

– Nivelul de colesterol şi de grăsimi în sânge creşte, ceea ce favorizează depunerea lor pe pereţii interiori ai vaselor; această îngustare a arterelor prin plăci de grăsime se numeşte ateroscleroză, boală care se află printre cauzele principale ale accidentelor coronariene; colesterolul este astfel primul factor de risc în bolile cardiovasculare.

Ce măsuri se pot lua?

– Uşuraţi alimentaţia suprimând:

– Sucurile cu absorbţie rapidă

– Grăsimile animale şi îndeosebi mezelurile.

– Preferaţi peştele, legumele şi fructele proaspete.

PROBLEMELE OASELOR: OSTEOPOROZA

Osteoporoza este o pierdere de ţesut osos, datorată pierderii calciului care formează osul. Acesta devine mai puţin dens şi se fragilizează din ce în ce mai mult. Cu timpul.

Osteoporoza este consecinţa cea mai dramatică pe termen lung, a lipsei de estrogeni datorată menopauzei. Ea afectează circa un sfert dintre femei, la 60 de ani şi circa două treimi, la 70 de ani, manifestându-se odată cu instalarea menopauzei, când deficitul de calciu se accelerează brusc.

Primele semne clinice sunt:

– Dureri dorsale sau lombare, datorate tasării vertebrelor

– O scădere a înălţimii corpului din aceeaşi cauză; ca urmare a tasării progresive, o femeie poate pierde 5 – 12 cm, între 50 şi 80 de ani

– Fracturi ale vertebrelor, ale încheieturilor mâinilor sau ale femurului.

POATE FI PREVĂZUT RISCUL APARIŢIEI OSTEOPOROZEI?

Odată cu creşterea speranţei de viaţă, osteoporoza are consecinţe medicale şi socio-economice importante. De aceea, trebuie să existe preocuparea de a se stabili care sunt femeile ce prezintă un factor de risc mai mare la această boală.

PROFILUL FEMEII CU RISC SPORIT

– Femeile care au avut o menopauză precoce şi n-au făcut un tratament substitutiv

– Femeile de rasă albă cu tenul deschis, la care masa osoasă este, de la început, mai slabă decât la cele de rasă neagră

– Femeile mici şi slabe; cele solide stochează în măsură mai mare estrogeni, în grăsime; de acolo, ei difuzează apoi lent, întârziind neplăcerile menopauzei

– Femeile sedentare; lipsa exerciţiului fizic favorizează pierderea calciului din oase

– Femeile obligate să ia medicamente cu corticoizi, care încetinesc absorbţia calciului

– Femeile care fac abuz de tutun, cafea sau alcool

– Femeile care se alimentează greşit; o alimentaţie

prea bogată în carne, sau prea sărată, agravează problemele de osteoporoză.

MĂSURAREA MASEI OSOASE

Simpla radiografie nu detectează pierderea masei osoase, decât când aceasta a atins deja 30%. Această tehnică este, prin urmare, depăşită. În prezent ea este înlocuită de *osteodensitometrie.* Acest examen foloseşte o doză foarte slabă de raze X pentru măsurarea densităţii osoase la nivelul vertebrelor lombare. El trebuie practicat încă de la începutul menopauzei, ca să se poată urmări apoi evoluţia sistemului osos, dar prezintă inconvenientul major că este scump.

CUM SE POATE TRATA OSTEOPOROZA?

Tratamentul hormonal este, în acest caz, pe deplin justificat. (Vezi pag. 108.)

Tratamentele alternative

Ele sunt recomandate femeilor care au contraindicaţii la tratamentul hormonal; acestea permit încetinirea osteoporozei şi întărirea oaselor:

– Calcitonina este un hormon secretat de anumite celule ale glandei tiroide

– Calciul

– Sărurile de fluor care stimulează formarea oaselor

– Difosfonaţii, care frânează demineralizarea oaselor.

Tratamentul hormonal şi tratamentele alternative nu exclud aplicarea anumitor *reguli elementare de igienă,* asociate alimentaţiei corespunzătoare şi sportului.

După menopauză, asimilarea calciului este mult încetinită. Or, acesta este fundamental, nu numai pentru construcţia oaselor, dar şi pentru contracţia musculară, transmiterea influxului nervos şi coagularea sângelui. Dacă organismul nu-şi primeşte cantitatea minimă necesară prin alimentaţie, şi-l va extrage din locul unde îl găseşte, adică din oase, care astfel se demineralizează.

Alimentaţia joacă, în consecinţă, un rol de primă importanţă.

– Cantitatea de calciu necesară organismului unei femei la menopauză este estimată la circa 1,5 g pe zi, pe când o alimentaţie normală şi echilibrată conţine aproximativ 700 mg.

Calciul este prezent mai ales în lapte şi în produsele derivate: brânzeturi, iaurt, brânza de vaci. Se găseşte de asemenea în cantitate însemnată în fructele uscate: alune, nuci, migdale. Necesarul dumneavoastră de calciu va fi asigurat, dacă beţi o jumătate de litru de lapte pe zi. Dacă nu suportaţi laptele, puteţi mânca zilnic două iaurturi şi o

porţie de brânză. Beţi şi apă minerală, care îl conţine şi ea în cantităţi apreciabile.

– Absorbţia calciului trebuie să fie legată de cea a *vitaminei D.* Aceasta este esenţială pentru asimilarea şi fixarea calciului. Ea este fabricată de piele, sub acţiunea razelor solare. Mai este adusă în cantităţi mici, de alimentaţie: peşte gras, ficat, gălbenuşul oului, carne.

Dacă aportul de calciu şi de vitamina D din alimentaţie este insuficient, ele pot fi completate prin aport medical.

– Mâncaţi hrana sărată moderat, fiindcă sarea favorizează decalcifierea oaselor.

Sportul nu trebuie neglijat, deoarece muşchii tonifiaţi şi irigaţi mai bine favorizează schimburile de calciu cu oasele. O activitate fizică regulată poate creşte masa osoasă cu 10 până la 20 %. Evitaţi sporturile violente în favoarea celor care pun în acţiune musculatura şi articulaţiile. Gimnastica, marşurile, nataţia sunt cele mai bune. De asemenea, mersul pe jos. Acestea trebuie practicate cu regularitate de trei ori pe săptămână, minimum 30 de minute.

CE TRATAMENTE SE POT APLICA LA MENOPAUZĂ?

Ele sunt de trei tipuri:

Tratamentele simptomatice au în vedere tulburările cele mai jenante, cum sunt bufeurile sau insomniile. Pot fi asociate tratamentului hormonal de fond, acţiunea lor ajutând la uşurarea imediată.

Tratamentele alternative frânează tulburările care vor apărea pe termen lung, cum ar fi osteoporoza. Se adresează femeilor care nu pot beneficia de tratament hormonal din motive medicale şi acelora care nu doresc un astfel de tratament.

Tratamentul hormonal este un tratament de fond al menopauzei. El înlocuieşte estrogenii şi progesteronul, care lipsesc datorită opririi funcţiei ovariene.

Tratamentul hormonal al menopauzei

Odată cu creşterea duratei de viaţă, perioada care urmează menopauzei reprezintă o treime din viaţa femeii. E important să fie trăită plăcut. În acest scop, tratamentul hormonal substitutiv al menopauzei ajută la diminuarea efectelor şi a neplăcerilor.

ÎN CE CONSTĂ TRATAMENTUL HORMONAL?

Printr-un aport judicios dozat de estrogeni şi de progesteron, tratamentul hormonal compensează carenţa

hormonală, cauzată de oprirea funcţiei ovariene.

Estrogenul se administrează sub formă de *comprimate,* care tind să fie tot mai mult înlocuite cu un gel sau cu un timbru[2]. În amândouă aceste ultime forme, estrogenul este eficient şi fără niciun pericol, fiindcă el intră în circulaţia sangvină fără a trece prin căile digestive şi deci, fără a fi degradat de ficat. Nivelul de colesterol sau de lipide aflate în circulaţie nu este afectat, şi datorită acestui fapt, problemele cardiovasculare nu sunt agravate.

Gelul, prescris în doze individuale, se întinde pe pielea curată şi uscată a abdomenului, sau pe faţa interioară a coapselor sau antebraţului. Sânii trebuie evitaţi. Trebuie să aşteptaţi 30 de minute pentru ca infiltrarea gelului să fie completă, înainte de a vă îmbrăca.

Timbrul, la fel ca şi gelul, asigură o difuzare lentă şi constantă a hormonului. Membrana care se aplică pe piele, lasă hormonul să difuzeze. Ea este acoperită de o a doua membrană impermeabilă.

Timbrul se înlocuieşte la fiecare 3 sau 4 zile. El se plasează pe fese sau pe coapse. Sânii trebuie evitaţi.

Nu se recomandă folosirea lui pe timpul vacanţelor, fiindcă nu trebuie să fie expus la soare.

---

2 Produs care se prezintă sub forma unei pelicule subţiri care se lipeşte pe piele, de unde componentele active înglobate difuzează în organism (n.t.)

Progestativul se găseşte doar sub formă de comprimate. Anumite progestative sunt foarte apropiate de progesteron, şi nu dau efecte secundare.

CUM SE ADMINISTREAZĂ HORMONII?

Hormonii se iau în mod periodic, adică trebuie să existe în fiecare lună un interval de întrerupere, de la 6 la 7 zile, pentru a permite eliminarea mucoasei. Asemenea situaţiei din ciclul adevărat, estrogenul se administrează continuu de-a lungul întregului tratament, pe când progesteronul trebuie luat doar în ultimele 10 zile.

CUM SE POATE ŞTI DACĂ DOZA DE ESTROGENI H PRESCRISĂ ESTE CORECTĂ?

– Dacă doza este insuficientă, veţi mai simţi bufeuri şi o lipsă a lubrifierii vaginale

– Dacă este prea mare, sânii vor fi umflaţi şi dureroşi; spuneţi-i despre acest lucru medicului, care vă va reechilibra doza.

CARE SUNT BINEFACERILE TRATAMENTULUI HORMONAL?

Tratamentul face să dispară tulburările imediate, cum ar fi bufeurile, permiţându-vă să vă păstraţi

dinamismul şi o anumită tinereţe, printr-o piele într-o stare mai bună şi o alură mai plină de vitalitate. Este, dimpotrivă, mai puţin eficient în ceea ce priveşte îngrăşarea, aceasta depinzând şi de mulţi alţi factori.

Interesul pentru tratamentul hormonal e determinat mai ales de prevenirea problemelor grave, care vor apărea pe termen lung, precum:

PREVENIREA OSTEOPOROZEI

Osteoporoza justifică ea însăşi un tratament hormonal. Aportul de estrogeni împiedică decalcifierea oaselor, păstrându-le soliditatea.

Tratamentul hormonal poate preveni 90 % din tasările vertebrale şi 50 % dintre fracturile colului femural, chiar dacă el începe la 4 sau 5 ani după oprirea ciclurilor.

PREVENIREA TULBURĂRILOR GENITALE

Estrogenii ajută muşchii genitali să-şi păstreze supleţea şi tonicitatea, printr-o bună vascularizare. Vaginul, lubrifiat din nou, îngăduie femeii să găsească în continuare plăcerea în raporturile sexuale.

PREVENIREA RISCURILOR CARDIOVASCULARE

Administrarea de estrogeni redă elasticitatea vaselor sangvine. Ei diminuează de asemenea nivelul de colesterol şi, prin aceasta, riscul de ateroscleroză. Se pare deci, că tratamentul hormonal, care înainte era contraindicat femeilor care aveau probleme coronariene, protejează de două ori mai mult femeile tratate, cu condiţia să se ia estrogeni naturali, care vor fi absorbiţi direct prin piele.

ÎN CE CAZURI ESTE INTERZIS TRATAMENTUL HORMONAL?

Sunt destul de puţine contraindicaţii formale. Se interzice totuşi tratamentul hormonal în caz de:

– Cancer la sân sau la uter

– Flebite grave cu tulburări de coagulare

– Fibrom cauzator de hemoragii; este necesară ablaţia lui înainte de a începe tratamentul

– Boli hepatice grave.

ÎN CE CAZURI ESTE CONTRAINDICAT TRATAMENTUL HORMONAL?

Tratamentul hormonal nu e Interzis în cazurile de mai jos. Cu atât mai mult cu cât există astăzi produse naturale, care nu dau efecte secundare metabolice asupra arterelor. Rămâne la latitudinea fiecărei femei să

hotărască, de comun acord cu medicul.

– Un accident vascular grav, petrecut anterior

– O hipertensiune arterială

– Un diabet grav

– Un nivel ridicat de grăsimi în sânge.

TRATAMENTUL HORMONAL AL MENOPAUZEI POATE PROVOCA UN CANCER?

Aceasta este marea teamă a femeilor care ezită să se trateze. Le este teamă de un cancer la sân sau la uter. Fiind cunoscut faptul că aceste cancere pot fi provocate de hormonii feminini, în special de estrogeni, s-a crezut timp îndelungat că un tratament cu hormoni ar creşte riscurile. Acest lucru era adevărat în urmă cu 20 de ani, când se administrau doar estrogeni, fără compensarea lor cu progesteron. Mucoasa uterină proliferează în acest caz sub efectul estrogenilor, dar, lipsită de progesteron, nu se descuamează. Putea astfel să ia naştere un cancer prin proliferarea endometrului.

Astăzi, o femeie tratată pentru menopauză primeşte, în acelaşi timp, estrogeni şi progesteron. Aceste produse naturale, dozate cu fineţe, permit realizarea de cicluri cvasi-fiziologice.

Anumiţi medici încă mai cred că, prescriind cantităţi

foarte mici de estrogeni, nu mai e necesar să fie asociaţi cu progesteron. Să nu acceptaţi niciodată o astfel de terapie, fiindcă administrarea de estrogen singur, chiar în doze slabe, nu este recomandată. În plus, aceasta nu este suficientă pentru a preveni osteoporoza.

În ceea ce priveşte cancerul mucoasei uterine:

Acum este limpede că femeile care primesc hormoni într-un dozaj judicios echilibrat prezintă riscuri de cancer de două ori mai mici decât cele care nu se tratează.

În ceea ce priveşte cancerul la sân:

Din studiile epidemiologice nu rezultă că ar exista nici efecte benefice, nici agravante.

În concluzie: tratamentul hormonal al menopauzei nu se face răspunzător de apariţia cancerului. El poate, totuşi, să accelereze evoluţia unui cancer preexistent. De aici, necesitatea ca femeia să se prezinte regulat, de două ori pe an, la diferite examene de depistare, precum frotiul şi mamografia. În aceste condiţii, tratamentul hormonal este chiar un factor de protecţie indirectă, deoarece el obligă la efectuarea acestor examene de depistare, care altfel sunt neglijate de femeile aflate la menopauză şi care nu se tratează.

CÂND TREBUIE ÎNCEPUT TRATAMENTUL HORMONAL?

În timpul perioadei de perimenopauză, care se caracterizează prin cicluri neregulate şi diferite alte tulburări, se prescrie doar un tratament progestativ, 10 zile pe lună, în cea de-a doua parte a ciclului.

Tratamentul hormonal complet, estrogeni plus progestativ, se prescrie când menopauza este confirmată, adică după trecerea unui an fără cicluri.

Tendinţa actuală este de scădere a duratei de aşteptare între sfârşitul ciclurilor şi începutul tratamentului. Pentru femeia aflată sub tratament progestativ, se consideră că sunt de ajuns 3 sau 4 luni fără menstruaţie.

CÂT TIMP TREBUIE URMAT TRATAMENTUL?

Nu există limite. Hormonii de origine naturală şi în dozaje mici, sunt recunoscuţi ca nevătămători.

Puteţi înceta tratamentul când doriţi, dar e bine să ştiţi că, pentru o protecţie eficientă împotriva osteoporozei, el trebuie urmat cel puţin 10 ani.

Din momentul opririi tratamentului, organismul se găseşte în situaţia carenţei de hormoni protectori, şi

tulburările legate de menopauză reapar: uscăciune vaginală, creştere în greutate, îmbătrânirea pielii şi, mai ales, riscurile cardiovasculare şi osteoporoza.

EXISTĂ MENSTRUAŢIE CÂT TIMP SE URMEAZĂ TRATAMENTUL HORMONAL?

Există o mică hemoragie de privaţiune, urmând pauzei hormonale care încheie fiecare ciclu. Aceste „menstruaţii" sunt în general scurte şi puţin abundente.

Când nu apar scurgeri, înseamnă că estrogenii sunt în cantitate prea mică pentru a forţa destul mucoasa. Această atrofie a mucoasei, pricinuită de carenţa estrogenilor, e la fel de dăunătoare ca şi hiperplazia datorată excesului acestora.

Absenţa scurgerilor se poate datora, tot atât de bine, progestativului, dozat prea slab în raport cu estrogenul. Şi acest lucru e contraindicat.

Anumite moduri de administrare a hormonilor nu duc la menstruaţie. Aşa se întâmplă când se administrează estrogen şi progesteron împreună, în mod continuu. Ceea ce nu corespunde alternanţei hormonale fiziologice.

ESTE NORMALĂ SÂNGERAREA ÎNTRE CICLURI CÂND SE URMEAZĂ TRATAMENTUL HORMONAL?

Absolut deloc. Acest lucru trebuie imediat semnalat medicului.

CARE SUNT CONSTRÂNGERILE IMPUSE DE TRATAMENTUL HORMONAL AL MENOPAUZEI?

Înainte de a începe tratamentul, este imperios necesar un examen de depistare a cancerului: cel puţin mamografia şi frotiul.

Pe parcursul tratamentului, trebuie să vă prezentaţi la medicul ginecolog de două ori pe an. El vă va face, sau vă va prescrie:

– Un examen ginecologic complet

– O analiză a sângelui care să arate nivelul de grăsimi şi de zahăr (o dată pe an)

– Verificarea tensiunii arteriale

– Un frotiu

– O mamografie (la fiecare 18 luni).

Aceste examene ar trebui făcute sistematic de toate femeile aflate la menopauză, fie că fac sau nu tratament, deoarece, începând cu vârsta de 50 de ani, frecvenţa cancerului la sân şi a celui uterin devine mai mare.

TREBUIE SĂ TE TRATEZI DACĂ MENOPAUZA

TRECE FĂRĂ PROBLEME?

Tratamentul nu are doar scopul de a lichida primele neplăceri vizibile ale menopauzei. El are şi menirea de a împiedica problemele care apar pe termen lung, cum sunt involuţia organelor genitale, bolile cardiovasculare şi osteoporoza.

Acest lucru justifică prin el însuşi tratamentul, care rămâne totuşi o problemă de alegere personală.

CONTRACEPŢIA

Permiţând femeilor să-şi controleze fecunditatea, contracepţia le-a schimbat profund comportamentul sexual şi prin aceasta relaţiile lor cu bărbaţii.

Metodele de contracepţie sunt astăzi variate şi eficiente. Fiecare femeie poate să-şi aleagă una, în funcţie de vârsta, psihologia proprie şi de intensitatea vieţii ei sexuale.

În fiecare etapă a vieţii sale, ea poate să-şi trăiască deplin sexualitatea, eliberată de teama unei sarcini nedorite.

PILULA

Pilula împiedică sarcina, datorită hormonilor săi de sinteză, care interferează în desfăşurarea ciclului.

Este absolut necesară. În timpul acestei prime vizite, medicul ginecolog va face:

– Un examen ginecologic

– Un examen al sânilor

– Măsurarea tensiunii arteriale

– Măsurarea greutăţii

– O investigaţie privind antecedentele dumneavoastră medicale. Tot la această primă vizită, el vă va prescrie un examen de laborator, care urmăreşte măsurarea nivelului de zahăr, colesterol şi trigliceride din sânge.

Astfel documentat, medicul va putea alege tipul de pilulă care vi se potriveşte cel mai bine. Vă va cere să reveniţi după trei luni, ca să aprecieze dacă totul merge bine. După aceea, veţi reveni cu regularitate la intervale de 6 luni.

Prin faptul că presupun administrarea pe cale orală de hormoni care vor fi degradaţi apoi la nivelul ficatului, contraceptivele intervin asupra metabolismului. Tulburările pricinuite de pilulă nu afectează toate femeile. Acestea depind de fiziologia fiecăreia.

ESTE CU ADEVĂRAT NECESARĂ VIZITA MEDICALĂ ÎNAINTEA PRIMEI FOLOSIRI A PILULEI?

PILULA ARE EFECTE SECUNDARE?

La modul general, *estro-progestativii de sinteză acţionează asupra:* metabolismului lipidelor, metabolismului zaharidelor, tensiunii arteriale şi aparatului cardiovascular.

Efectele secundare ale pilulei se datorează estrogenilor de sinteză şi sunt amplificate de dozele mari de progestativ. Utilizarea pilulei trifazice şi a micropilulei progestative fac posibilă atenuarea, sau chiar înlăturarea lor.

SE INTERZICE FOLOSIREA PILULEI ÎN ANUMITE CAZURI?

Pilula nu poate fi prescrisă tuturor femeilor. Există contraindicaţii serioase ca:

– Hipertensiune arterială

– Probleme vasculare importante, cum ar fi flebita, embolia sau accidentul cerebral, chiar dacă acestea s-au petrecut mai demult

– Un cancer de sân sau de uter, chiar dacă acestea sunt în aparenţă vindecate

– O creştere importantă a colesterolului şi a trigliceridelor, ca urmare a folosirii pilulei

– O insuficienţă renală

– Anumite diabete

– Tulburări psihiatrice, ca epilepsia.

În alte câteva cazuri, cum ar fi prezenţa varicelor sau tratamentul cu anumite medicamente, pilula nu se recomandă, fără a fi însă formal interzisă.

De aceea, este esenţial să fie consultat un medic ginecolog, înaintea începerii folosirii pilulei, iar după aceea să reveniţi regulat la control.

EXISTĂ MEDICAMENTE INCOMPATIBILE CU PILULA?

Fără să fie neapărat incompatibile, anumite medicamente ar trebui să fie evitate când se foloseşte pilula, pentru că s-ar putea ca ele să:

– Micşoreze efectul contraceptiv

– Crească efectul toxic al pilulei asupra ficatului.

Chiar de la prima vizită la ginecolog, precizaţi-i dacă urmaţi un tratament pentru anumite boli precum hipertensiunea, diabetul, tuberculoza, sau dacă luaţi tranchilizante.

POATE FI PILULA RĂSPUNZĂTOARE DE ACCIDENTELE VASCULARE?

Accidentele vasculare provocate de pilulă sunt extrem de rare, şi apar doar în măsura în care pilula e folosită fără discernământ. Din fericire, fiindcă altfel accidentele vasculare nu sunt niciodată lipsite de gravitate, putând merge de la flebită la accident vascular cerebral. Ele sunt mai des întâlnite la femeile care prezintă anumite predispoziţii. Discuţia cu medicul în cursul primei vizite se dovedeşte a fi, deci, de o importanţă capitală, căci de aceasta depinde şi alegerea pilulei.

Femeile care prezintă un risc vascular sunt cele care:

– Au avut deja o embolie pulmonară sau venoasă

– Suferă de hipertensiune

– Au prea mult colesterol sau trigliceride în sânge

– Fumează mai mult de 20 de ţigări pe zi

– Au mai mult de 40 de ani.

Medicul ginecolog va prescrie acestor femei o micropilulă progestativă, deoarece riscurile sunt legate mai ales de estrogeni.

DIFERITELE TIPURI DE PILULE

PILULA	COMPOZIŢIA	MODUL DE ACŢIUNE

Pilula Combinată — *Normodozată* — *Minipilula* **— Monofazică**	**Asociere: estrogen + Progestativ** **Dozajul în estrogeni este Mai slab.** **— Estrogenul şi Progesteronul se**	**— Blocarea ovulaţiei prin Blocarea secreţiei Hormonilor hipofizari.** **— Atrofia mucoasei Uterine, care nu mai poate Accepta oul.** **— Subţierea peliculei Glerei cervicale, care**

	găsesc **În proporţii egale pe toată** **Plachet a[3].**	**nu** **Mai permite trecerea** **Spermat ozoizilor din vagin** **Spre uter.**
— **Bifazică**	**—** **Dozele de estrogen şi** **De progesteron cresc** **De-a lungul ciclului.**	
— **Trifazic ă**	**—** **Dozajul estrogenului** **Este mai**	

3 — Produsele de acest tip se livrează sub forma unor benzi din plastic, având pilulele în alveole care trebuie desfăcute în ordinea indicată de producător (n.t.)

	mare în prima Parte a ciclului. Dozajul progestativului Creşte progresiv în partea A doua.	
— Secvenţială	**— Doar estrogen în prima Parte a ciclului. În continuare, combinaţie De estro-progestativ.**	**— Blochează ovulaţia. — Nu modifică nici glera Nici mucoasa.**
Mi	**Numai**	**— Nu**

cropilul a Pr ogestati vă V	**progestativ, în Doză slabă**	**blochează Întotdea una ovulaţia. Acţiune locală Predomi nantă. — Subţierea glerei. — Atrofia mucoasei Uterine. — Diminuarea puterii de Penetrar e a Spermat ozoizilor în ovocit.** *J*

PILULA

	AVANTAJE
Pilulă Combinată Estro-Progestativă normodozată	— Contraceptivul este mai sigur. — Ameliorarea durerilor mamare resimţi cu minipilula. — Diminuează riscurile de infecţie trompelor şi mucoasei uterine. – împiedi formarea chisturilor ovariene. — Are un efect binefăcător asup tumorilor benigne ale sânului: diminuează risc apariţiei chisturilor şi a fibroadenoamelor. — Protejează împotriva cancerului endometru (mucoasa uterină) şi de ovare.
Minipilula estro-Progestativă (mai ales trifazică)	— Evită greţurile. — Nu are efect asupra greutăţii. — Diminuează efectele secunda metabolice. — Diminuează riscurile cardiovasculare venoase. Se va prescrie, din această cauză, preferinţă, femeilor care fumează. — Ameliorează acneea. — Permite alăptarea.
Micropi	— Lipsită de efecte secundare ca: greţuril

lula progestativă V	creşterile în greutate, problemele venoase. — Lipsită de efecte metabolice asupr colesterolului, grăsimilor şi zahărului prezente sânge. — Indicată femeilor cu risc vascula crescut sau suferind de hipertensiune. — Indicată femeilor diabetice. — Permite alăptarea.

DEZAVANTAJE

— Greţuri.

— Posibilă creştere în greutate.

— Riscuri cardiovasculare crescute.

— Risc de hipertensiune arterială.

— Risc de efecte secundare asupra metabolismului glucidelor.

— Riscul creşterii nivelului de colesterol şi de trigliceride în sânge.

— Puţin indicată în cazul picioarelor groase şi al varicelor.

— Nu permite alăptarea.

— Sângerări frecvente între menstruaţii, mai puţin în cazul pilulei

bifazice sau trifazice.

— Posibile dureri ale sânilor: tensiune şi umflare.

— Posibilitatea apariţiei chisturilor ovariene funcţionale.

— Obligativitatea de a fi luată la ore fixe.

— Eficacitate contraceptivă mai mică: 98 %.

— Posibilitatea unei sarcini extrauterine.

— Cicluri neregulate, putând surveni de două ori pe lună, sau o dată la două-trei luni.

— Tensiunea sânilor.

— Mici chisturi ovariene funcţionale, mai frecvent. – Obligativitatea de a fi luată la ore fixe.

ESTE ADEVĂRAT CĂ TUTUNUL ŞI PILULA NU SUNT COMPATIBILE?

Cât se poate de adevărat! De aceea, ea nu se recomandă unei femei mai în vârstă de 35 de ani şi care fumează mai mult de 20 de ţigări pe zi. Tutunul şi pilula

dau o combinaţie nefericită, care măreşte riscurile cardiovasculare.

PILULA COMBINATĂ MICŞOREAZĂ RISCUL DE SALPINGITĂ. ESTE ADEVĂRAT?

Riscul de salpingită, adică inflamarea trompelor, este redus la jumătate prin folosirea pilulei estro-progestative. Acest lucru se datorează faptului că pilula subţiază glera, ca să împiedice trecerea spermatozoizilor spre uter. La fel, germenii pătrund şi ei mai greu spre interiorul căilor genitale. Totuşi, nu toţi germenii sunt opriţi, şi infecţiile cu chlamydia (vezi pag. 260) se dezvoltă cu aceeaşi frecvenţă, dacă nu cumva mai des. În plus, sunt favorizate micozele.

PILULA COMBINATĂ AR AVEA UN EFECT PROTECTOR ASUPRA OVARULUI. ESTE ADEVĂRAT?

Cu siguranţă. Prin faptul că blochează ovulaţia, pilula estro-progestativă lasă ovarele în repaus, împiedicând în acest fel apariţia micilor chisturi, care se formează după expulzarea ovocitelor.

PILULA POATE PROVOCA UN CANCER?

Nimic nu ne permite să afirmăm acest lucru, din

contră, se pare că pilula protejează împotriva anumitor forme de cancer.

Nu există o frecvenţă mai mare a îmbolnăvirilor de cancer uterin la femeile aflate sub influenţa pilulei. Ea este totuşi contraindicată la o femeie care prezintă celule anormale la un frotiu al colului, fiindcă aportul hormonal ar putea stimula dezvoltarea acestor celule.

Se pare ca pilula oferă protecţie împotriva cancerelor de endometru, când ea este administrată la o vârstă deja avansată, atunci când progesteronul este secretat în cantităţi insuficiente, în raport cu estrogenii. În acest caz, pilula echilibrează nivelul hormonal şi mucoasa uterină, mai puţin stimulată, are tendinţa să prolifereze mai puţin.

Este confirmat faptul că la femeile care au folosit mai mult de 10 ani o pilulă estro-progestativă, riscul acestui tip de cancer e de 5 ori mai mic.

Pilula estro-progestativă protejează de asemenea împotriva cancerului ovarelor. Cât priveşte cancerul la sân, nimic nu ne îndreptăţeşte să credem că este favorizat de pilulă. Din contră, pilulele la care predomină progestativii conferă protecţie împotriva formelor benigne, precum chisturile sau fibroadenoamele.

De când se foloseşte pilula, mortalitatea în urma

cancerelor la sân sau la col este în scădere categorică, datorită controalelor periodice la ginecolog. Examenele sistematice permit ca acestea să fie depistate la timp şi tratate corespunzător.

PILULA POATE PROVOCA GREAŢA?

Greaţa apare rar, dar poate totuşi să se manifeste la anumite femei, la câteva ore după luarea pilulei, sau alteori, dimineaţa la trezirea din somn. Ea apare, în acest caz, în cursul primelor trei cicluri, la începutul plachetei, încetând după aceea.

Dacă persistă şi mai târziu, trebuie să vă prezentaţi la ginecolog. El vă va prescrie o pilulă dozată mai slab, sau vă va propune altă metodă contraceptivă.

Administrarea pilulei înaintea mesei de seară poate suprima, de obicei, greaţa.

PILULA POATE FI CAUZA MIGRENELOR?

Migrenele au nenumărate cauze, încă nu destul de lămurite, aşa că nu se poate spune cu certitudine că pilula este una dintre ele.

Adevăratele migrene menstruale apar doar în momentul menstruaţiei. Ele sunt declanşate de scăderea bruscă a nivelului hormonal în sânge.

În caz de migrene puternice şi repetate şi mai ales dacă aveţi impresia că ele coincid cu administrarea pilulei, trebuie să vă prezentaţi la medic. Probabil că acesta vă va sfătui să nu mai folosiţi pilula timp de mai multe luni, ca să poată verifica dacă există într-adevăr o corelaţie între cele două. Aceste dureri pot fi semnalul de alarmă al unui accident vascular cerebral.

PILULA TE POATE ÎNGRĂŞA?

Pilula combinată normodozată poate da ceva bătaie de cap femeilor care au tendinţa de a se îngraşă. Într-adevăr, progestativul stimulează pofta de mâncare, iar estrogenul favorizează reţinerea apei.

Minipilulele estro-progestative nu duc la creşterea greutăţii. De aceea, ele se prescriu femeilor care au probleme cu variaţiile de greutate.

PILULA ARE INFLUENŢĂ ASUPRA DISPOZIŢIEI?

Ei bine, nu se poate spune că acest lucru a fost demonstrat, însă stabilizând un posibil dezechilibru hormonal uşor, ea poate stabiliza un caracter care are variaţii ciclice şi poate micşora vizibil efectele sindromului

premenstrual.

Există şi situaţia inversă, adică femei cărora pilula pare să le inducă o stare de deprimare. Este oare vorba efectiv de acţiunea acesteia, sau doar de o stare psihică pentru care pilula este doar pretextul? Este greu de spus, deoarece influenţa pilulei depinde mult de caracteristicile psihice individuale.

PILULA MICŞOREAZĂ OARE DORINŢA SEXUALĂ?

Există tendinţa să se afirme acest lucru, dar nimic nu-l probează. Din contră, anumite femei, care fuseseră blocate de frica unei sarcini, au o sexualitate mai înfloritoare datorită pilulei. Libidoul lor este mai accentuat, fiindcă se simt mai libere.

Când apare o scădere a libidoului, pilula poate fi cauza scoaterii la lumină a unei probleme psihice preexistente, dar care a fost până atunci ascunsă de relaţiile sexuale episodice. Pilula, permiţând relaţii sexuale frecvente, va lăsa să iasă la lumină conflictul psihologic. El poate fi legat de o dorinţă sexuală atenuată faţă de partener, de pierderea interesului în lipsa pericolului, sau de o scădere a lui datorată unei dorinţe inconştiente de maternitate.

Dorinţa sexuală e determinată de criterii foarte diferite de la o persoană la alta, ea situându-se în subconştient. Dacă credeţi că pilula are o influenţă negativă asupra libidoului dumneavoastră, adresaţi-vă medicului. El vă va prescrie o minipilula cu un dozaj mai uşor, sau o altă metodă contraceptivă.

CUM SE IAU PILULELE?

Plachetele conţin 21, 22 sau 28 de comprimate, în funcţie de tipul pilulelor. Ele sunt prezentate separat, urmând una alteia, cu indicarea zilei din săptămână.

Oricare ar fi tipul pilulei, trebuie începută prima plachetă, la începutul ciclului: **trebuie ca prima oară, să fie luată prima pilulă, în prima zi a ciclului.**

Cu toate că fiecare cutie conţine o notiţă explicativă, medicul e cel care vă va explica în detaliu ce metodă trebuie să urmaţi. Nu ezitaţi să-l puneţi să repete dacă nu sunteţi sigură că aţi înţeles totul bine.

PILULA		
r		
	MOD DE ADMINISTRARE	**ÎNTRERUPERE**

PILULA COMBINATĂ **—** *Normodozată* **(21 de pilule)** **—** *Minipilulă* **(21 de pilule)**	**Se ia o pilulă în fiecare zi, timp de 21 de zile** **Se ia o pilulă în fiecare zi, timp de 21 de zile. Dacă aţi început prima plachetă într-o miercuri, veţi reîncepe întotdeauna o nouă plachetă, tot într-o miercuri.**	**7 zile (Reluaţi apoi, începând o nouă plachetă chiar dacă nu a venit menstruaţia). 7 zile**
— *Secvenţială*	**Se ia câte o pilulă**	**— 7 zile dacă placheta**

(21 sau 22 de pilule)	**în fiecare zi, timp de 21 sau 22 de zile, după caz. Pilula se ia întotdeauna la aceeaşi oră.**	**are 21 de pilule. — 6 zile dacă placheta are 22 de pilule.**
MICROPILULELE PROGESTATIVE (28 de pilule)	**Prima administrare se va face la o oră bine aleasă, fiindcă această oră va trebui să fie respectată cu scrupulozitate pentru toate pilulele.**	**Niciuna. Când se termină o plachetă, se continuă cu următoarea, fără nicio pauză.**

CÂND ÎNCEPE EFECTUL PROTECTOR AL PILULEI?

Odată cu primul ciclu, cu condiţia să respectaţi în mod scrupulos normele de administrare, prezentate pe notiţa informativă care se află în fiecare cutie.

ÎN CAZ CĂ AŢI UITAT, CE E DE FĂCUT?

– Dacă luaţi pilule estro-progestative normodozate, **luaţi 2 pilule în ziua următoare.** Fie una dimineaţa şi una seara, fie două deodată seara, la ora obişnuită.

– Dacă luaţi minipilule, faceţi acelaşi lucru dar, în plus, luaţi precauţii timp de cel puţin o săptămână. Dacă aţi uitat s-o luaţi mai multe zile, cel mai bine e să aşteptaţi până vine menstruaţia şi apoi să începeţi o plachetă nouă.

– Dacă luaţi micropilule progestative, riscul e foarte mare. Luaţi-vă precauţii cel puţin două săptămâni, dacă nu cumva e deja prea târziu!

CE SE ÎNŢELEGE PRIN PILULA DE A DOUA ZI?

Nu este vorba de un alt tip de pilulă contraceptivă, ci de o regulă: se iau pilule care împiedică dezvoltarea oului fecundat. Pilula de a doua zi poate fi luată în considerare după un raport sexual neprotejat, în timpul perioadei de fecundaţie.

Se ia în intervalul de 48 de ore, care urmează după un raport fecundant:

– Fie o pilulă cu estrogeni în doză puternică timp de 5 zile

– Fie o pilulă combinată clasică, de două ori pe zi, la interval de 12 ore, timp de două zile.

CE SĂ CREDEM DESPRE SÂNGERĂRILE CARE SURVIN ÎNTRE CICLURI?

Dacă luaţi pilula pentru prima oară şi dacă apar pe chilot urme maronii între cicluri, nu vă neliniştiţi. Aceste mici pierderi de sânge, care apar mai frecvent la administrarea unei minipilule, mai ales trifazice, sunt practic normale. Ele vor dispărea după două sau trei luni.

Dacă luaţi pilula de mai puţin de un an şi dacă aveţi pierderi abundente, asemănătoare menstruaţiei, va trebui să consultaţi medicul. Poate fi vorba de:

– O sângerare a mucoasei uterine devenită prea subţire prin administrarea pilulei cu conţinut preponderent progestativ; în acest caz, administrarea unei pilule bogate în estrogeni, timp de câteva luni, va pune lucrurile în ordine

– O inflamaţie a colului, sau a unui polip situat în uter.

CE SĂ CREDEM DESPRE ABSENTA MENSTRUAŢIEI ÎN PERIOADA DE ÎNTRERUPERE DINTRE DOUĂ PLACHETE?

Sunt două posibilităţi.

– *Sunteţi însărcinată.* Ceea ce se poate totuşi întâmpla, chiar dacă aţi luat toate pilulele plachetei; protecţia micropilulei progestative nu este decât de 98 %. Cum ea nu blochează ovulaţia, ci acţionează asupra glerei cervicale, trebuie luată cu regularitate, aproape la aceeaşi oră, pentru a-i asigura întreaga eficienţă. Un test de graviditate vă va lămuri asupra absenţei acestor sângerări.

– Poate fi vorba de o *amenoree tranzitorie* care urmează după administrarea micropilulei progestative. În acest caz, medicul vă va prescrie alt tip de pilulă, conţinând mai mult estrogen decât progestativ.

PUTEM ÎNTÂRZIA APARIŢIA MENSTRUAŢIEI CÂND SUNTEM SUB INFLUENŢA PILULEI?

Este posibil, dar nu e recomandabil. Nu recurgeţi la această posibilitate, decât când trebuie să faceţi faţă unei situaţii deosebite, pentru care doriţi să fiţi în formă.

Nu veţi avea menstruaţii, atâta timp cât veţi lua pilule. Doar oprirea administrării pilulei poate declanşa

sângerarea, prin scăderea bruscă a nivelului de hormoni în sânge. În consecinţă, la terminarea unei plachete, începeţi alta nouă, chiar din ziua următoare.

Casă evitaţi orice inconvenient, întrebaţi medicul ginecolog dacă pilulele pe care le luaţi se pretează la această tehnică.

EXISTĂ RISCUL DE A RĂMÂNE GRAVIDĂ ÎN PERIOADA DE ÎNTRERUPERE A ADMINISTRĂRII PILULEI?

Absolut deloc. Puteţi avea raporturi sexuale fără niciun risc. Dar nu uitaţi să luaţi prima pilulă a plachetei următoare, în ziua prevăzută. Chiar şi o zi de întârziere poate avea consecinţe nedorite.

PILULA POATE DUCE LA STERILITATE?

Nu, este imposibil. După încetarea administrării pilulei, poate trece un anumit timp până la revenirea fecundităţii, asta e tot. E de ajuns să aşteptaţi reapariţia ciclurilor ovulatorii.

SE POATE SCHIMBA PILULA ÎN CURSUL H CICLULUI?

Chiar dacă tipul pilulelor pe care le luaţi nu vă mai

convine, trebuie să terminaţi placheta în curs, înainte de a le schimba.

Medicul ginecolog va fi cel care va decide asupra unei noi pilule, mai bine adaptată cazului dumneavoastră.

TREBUIE SĂ OPRIM PERIODIC ADMINISTRAREA PILULEI?

Nu e necesar. Pilula poate fi luată mai mulţi ani la rând fără întrerupere, cu condiţia de a merge cu regularitate la control şi de a face examenele indispensabile, cum sunt verificarea colesterolului şi a trigliceridelor.

Administrarea pilulei va fi întreruptă dacă se prevede necesitatea unei operaţii, sau o alăptare prelungită, pentru a micşora riscurile venoase. Administrarea pilulei nu trebuie niciodată întreruptă până nu s-a terminat placheta.

STERILETUL

Steriletul este mijlocul contraceptiv cel mai sigur după pilulă. Procentul de siguranţă este de 98 – 99 %. El prezintă în plus avantajul deosebit că, odată instalat, poate fi dat uitării şi permite raportul sexual oricând.

Steriletul este un mic dispozitiv plasat în cavitatea

uterină. El comunică cu exteriorul prin două fire care traversează colul, şi care pot fi simţite cu degetul în fundul vaginului.

Leii Steriletul nu intervine în niciun fel în fiziologia reproducerii; el nu jenează nici ovulaţia, care se desfăşoară normal. Cu toate acestea, glera cervicală se modifică sub influenţa cuprului cu care este acoperit steriletul. Astfel este frânată urcarea spermatozoizilor, însă nu în mod absolut.

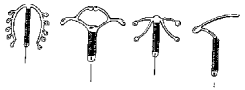
Steriletul acţionează în mai multe feluri:

– Provoacă o inflamaţie a mucoasei uterine, împiedicând cuibărirea oului

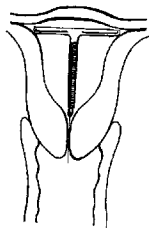
– Prin cuprul steriletului, care are o acţiune toxică asupra spermatozoizilor şi oului

– Prin globulele albe, denumite şi leucocite, prezente acolo unde se află un corp străin, care deteriorează şi elimină oul.

CUM ACŢIONEAZĂ STERILETUL?



Modele de sterilele de cupru



Sterilet plasat în uter

AVANTAJE	DEZAVANTAJE
— Mijloc contraceptiv foarte sigur, cu eficacitate de 98 – 99 % **— Acţiunea lui contraceptivă este foarte rapid reversibilă** **— Permite raporturi sexuale spontane** **— Nu are nicio incidenţă asupra metabolismului**	**— Menstruaţiile pot fi mai abundente** **— Sângerare posibilă între menstruaţii** **— Riscuri de infecţie a trompelor** **— Posibilitatea unei sarcini extrauterine** **— Nu asigură protecţie 100 %, mai ales dacă se iau antiinflamatorii pe termen lung** **— Utilizarea lui**

	nu e recomandată fetelor tinere şi femeilor care n-au avut încă un copil J

CARE SUNT CONTRAINDICAŢIILE STERILETULUI?

Steriletul nu provoacă tulburări de metabolism, fiindcă nu e vorba de un contraceptiv oral. Poate fi totuşi cauza unor complicaţii, dacă nu este pus corespunzător.

Steriletul trebuie să fie evitat ca metodă contraceptivă în caz de:

– Malformaţie uterină care provoacă respingerea lui

– Polipi sau fibrom uterin

– Cancer al organelor genitale, sau prezenţa unor celule suspecte, depistate prin frotiu

– Predispoziţie la infecţii genitale; deoarece firele steriletului ajung în vagin, ele pot ghida germenii spre uter, provocând o endometrită, sau spre trompe provocând o salpingită; consecinţa acestor infecţii putând fi chiar sterilitatea, se va evita montarea unui sterilet la femeile care au deja acest tip de infecţie

– O femeie care n-a avut încă un copil, din acelaşi

motiv, al unei posibile infecţii care ar provoca sterilitatea

– Sarcină extrauterină anterioară

– Tratament antiinflamator pe termen lung

– Menstruaţii lungi şi abundente în mod obişnuit, deoarece steriletul riscă să accentueze acest fenomen

– Beanţă uterină[4].

După o naştere, se recomandă o pauză de trei luni înaintea montării unui sterilet, pentru ca uterul să-şi recapete dimensiunile iniţiale. După un avort spontan, sau după o întrerupere voluntară de sarcină (IVS), se va aştepta trecerea unui ciclu.

STERILETUL PREZINTĂ ANUMITE DEZAVANTAJE?

Steriletul este în general bine tolerat. Pot totuşi să

---

4 Beanţa colului uterin - Malformaţie caracterizată printr-o deschidere anormală a orificiului colului uterin.
CAUZE. Beanţa colului uterin este cel mai des de origine traumatică: ea apare după o naştere dificilă sau după un avort provocat traumatic. Când este congenitală, beanţa este asociată adesea cu alte malformaţii uterine.
SIMPTOME ŞI DIAGNOSTIC. Beanţa colului uterin se manifestă numai în timpul sarcinii şi poate antrena fie un avort tardiv (în cursul celui de al doilea trimestru de sarcină), fie o naştere prematură. Diagnosticul este stabilit prin calibrarea colului cu o bujie (instrument cilindric pentru măsurarea unui canal sau unui orificiu). Diagnosticul este confirmat prin histerografie şi/sau histeroscopie.
TRATAMENT. Se bazează pe serclajul colului uterin în primele trei luni de sarcină. (Serclaj - Metodă chirurgicală de menținere pe loc a unui organ sau de strângere a unui orificiu prin fixarea cu un fir special).

apară unele neplăceri, care nu necesită neapărat retragerea lui.

Menstruaţiile pot fi mai abundente.

Pot avea loc sângerări în afara ciclului. Acestea apar cel mai adesea în timpul perioadei de ovulaţie, şi pot fi mai mult sau mai puţin abundente.

Sângerările uşoare sunt determinate de o contracţie a uterului, datorată prezenţei steriletului. Ele se diminuează, apoi încetează complet, după două sau trei cicluri.

Dacă sângerările sunt mai importante şi sunt însoţite de dureri, ele pot indica o inflamaţie, sau poate o infecţie a mucoasei uterine, sau a căilor genitale înalte. Pot fi pricinuite, de asemenea, de o sarcină extrauterină, sau un avort spontan.

Oricare ar fi tipul de sângerare, va trebui s-o semnalaţi medicului!

Riscurile de infecţie

Infecţia trompelor – salpingita – este riscul major al purtării Steriletului. Ea e favorizată totuşi, de anumite condiţii uşor de evitat, cum ar fi:

– Lipsa de igienă

– Un partener sexual cu igienă îndoielnică

– Parteneri sexuali diferiţi

– Infecţii vaginale repetate

– O infecţie anterioară a mucoasei uterine sau a trompelor.

Posibilitatea unei sarcini extrauterine

Cu toate că e foarte mică, riscul totuşi există, deoarece steriletul nu împiedică total urcarea spermatozoizilor în trompe şi deci fecundaţia. Dacă oul fecundat rămâne instalat în trompă, în loc să coboare în cavitatea uterină, avem de-a face cu o sarcină extrauterină.

Dacă menstruaţia întârzie şi aveţi dureri în abdomen, consultaţi imediat medicul. El vă va cere să faceţi diverse analize, în funcţie de tipul de durere.

DE CE NU SE RECOMANDĂ STERILETUL FEMEILOR TINERE CARE ÎNCĂ NU AU AVUT COPII?

Deoarece el măreşte riscul unei infecţii a căilor genitale înalte, susceptibilă să conducă la sterilitate.

Datorită prezenţei steriletului, germenii patogeni trec mai uşor din vagin spre uter şi astfel pot ajunge la trompe. Urmările salpingitelor pot fi dramatice, deoarece

ele presupun obstrucţionarea trompelor, făcând astfel imposibilă întâlnirea ovocitului cu spermatozoizii.

Ginecologii preferă să nu-şi asume astfel de riscuri.

STERILETUL POATE FAVORIZA DEZVOLTAREA UNUI CANCER AL COLULUI UTERIN SAU AL UTERULUI?

Nu s-a demonstrat nimic în acest sens. Totodată, se evită instalarea unui sterilet la femeile care prezintă la un frotiu celule anormale.

STERILETUL POATE STA LA ORIGINEA ANUMITOR ALERGII?

Să S-a demonstrat că da. Provocând o mică infecţie a mucoasei uterine, care poate trece aproape neobservată, fiind de natură benignă, el induce la distanţă de focarul infecţiei, maladii de tipul alergiilor. Acestea se manifestă ca o urticarie cronică, o acnee rebelă, sau o eczemă. Pot, de asemenea, să atingă pleoapele, corneea sau fundul de ochi, care devine dureros fără o cauză aparentă. Din momentul retragerii steriletului, afecţiunile cutanate, ca şi cele oculare, dispar cu repeziciune.

DE CE TREBUIE SĂ SE EVITE

MEDICAMENTELE ANTIINFLAMATORII CÂTĂ VREME SE POARTĂ STERILETUL?

Pentru că acestea îi micşorează efectul, prin diminuarea inflamării mucoasei. Riscul de sarcină se dublează dacă se ia aspirină în mod regulat. Dacă urmaţi un tratament antiinflamator, luaţi câteva măsuri de precauţie suplimentare, în perioada când este posibilă fecundaţia.

EXISTA MAI MULTE FELURI DE STERILETE?

Se cunosc circa 10 tipuri. Cu toate că cele mai multe sunt de cupru, toate au câte o particularitate după care se orientează medicul atunci când îl alege.

Dacă anumite tipuri sunt potrivite pentru cea mai mare parte a femeilor, altele sunt mai adaptate la utere mici, sau, din contră, pentru utere care au o deschidere mai largă a istmului.

Steriletul impregnat cu progesteron este indicat pentru femeile care au menstruaţii dureroase, abundente şi de durată mai mare.

Întotdeauna medicul este cel care alege steriletul, şi tot el îl va monta. El se va hotărî după ce vă va face un examen ginecologic complet.

CUM SE PUNE UN STERILET?

E o problemă care îl priveşte pe medicul ginecolog.

În cursul primei consultaţii, medicul vă face un examen complet, pentru a-şi da seama dacă nu sunt contraindicaţii la punerea unui sterilet. El vă prescrie apoi o reţetă, în care indică tipul de sterilet pe care l-a ales şi care cuprinde, de asemenea, un tratament antiinfecţios. Deci, timp de şase zile înaintea montării lui, veţi avea de luat antibiotice atât pe cale orală, cât şi sub formă de buline intra-vaginale.

Montarea steriletului se face *între a treia şi a zecea zi a ciclului.* De aceea, trebuie să telefonaţi medicului în prima zi a ciclului, pentru a fixa ziua de consultaţie.

Instalarea se face rapid şi e puţin dureroasă. Steriletul se introduce prin colul uterin cu ajutorul unui insertor. Rămân afară doar două fire subţiri, care traversează colul spre vagin.

Câteva mici sângerări după instalarea steriletului sunt cu totul normale. Ele se confundă, de regulă, cu sfârşitul menstruaţiei.

Veţi fi convocată pentru o vizită de control, după următoarea menstruaţie. Medicul verifică atunci dacă steriletul este bine aşezat, şi scurtează firele care l-ar putea jena pe partenerul dumneavoastră.

CÂND TREBUIE SĂ CONSULTĂM MEDICUL DACĂ PURTĂM STERILET?

Prezenţa steriletului nu creează probleme. Totuşi, trebuie să consultaţi ginecologul o dată pe an, sau chiar la 6 luni, pentru un control în cursul căruia se va face un frotiu. În afara acestor vizite, medicul va fi consultat urgent dacă:

– Aveţi pierderi de sânge în afara menstruaţiei

– Aveţi dureri în partea de jos a abdomenului

– Nu mai simţiţi la pipăit cu degetele dumneavoastră, firele steriletului

– Aveţi scurgeri vaginale neobişnuite, care ar putea fi semnul unui început de infecţie

– A întârziat menstruaţia.

SE RETRAGE STERILETUL ÎN CAZ DE INFECŢIE?

Totul depinde de amploarea infecţiei. În general, un tratament potrivit reuşeşte s-o vindece, îndepărtarea steriletului nefiind absolut necesară.

SE POATE PIERDE STERILETUL?

Li se întâmplă la circa 4 % dintre femei, ceea ce

înseamnă că se petrece arareori.

Pierderea steriletului poate avea loc în primele trei luni, în timpul menstruaţiei, sau imediat după aceea, în următoarele situaţii:

– Dacă a fost pus prea curând după o naştere

– Dacă uterul prezintă o malformaţie sau o beanţă a istmului

– Dacă a fost plasat la o tânără care încă n-a avut copii.

Va trebui să verificaţi cu regularitate dacă steriletul e la locul lui. Pentru aceasta, trebuie să vă asiguraţi că simţiţi firele în fundul vaginului, atingându-le cu degetele. Dacă nu le mai simţiţi, dacă aveţi impresia că s-au mai lungit, sau că simţiţi steriletul, consultaţi urgent medicul.

PUTEŢI AVEA UN STERILET DUPĂ CEZARIANĂ?

Da, dar cu condiţia ca aceasta să se fi desfăşurat normal, fără infecţii ulterioare.

Între cezariană şi punerea steriletului, trebuie să aşteptaţi să frecă mai multe cicluri, pentru ca uterul să fie definitiv cicatrizat.

Dacă este vorba de a doua cezariană, medicul va cere o histerografie, pentru a judeca aspectul cicatrice!

CÂT TIMP SE POATE PĂSTRA UN STERILET?

Se poate păstra de la 2 la 4 ani, în funcţie de marcă. Ginecologul vă va spune când a venit momentul să-l schimbaţi.

Puteţi folosi tampoanele dacă purtaţi un sterilet?

Da, cu condiţia să luaţi anumite precauţii, pentru a evita o infecţie:

– Folosiţi tampoanele igienice externe, pentru primele cicluri care urmează plasării steriletului

– Preferaţi-le tot pe acestea pentru noapte, în locul tampoanelor intravaginale

– Schimbaţi des tampoanele.

La început extrageţi tampoanele cu grijă, pentru cazul când firele, încă nescurtate, s-ar putea agăţa de acestea.

Partenerul poate fi jenat de firele steriletului?

În mod normal nu, fiindcă acestea sunt foarte fine şi flexibile. Se întâmplă, totuşi, ca unii bărbaţi să fie înţepaţi de fire, când acestea sunt tăiate prea scurt. Fenomenul este mai degrabă rar.

CONTRACEPŢIA VAGINALĂ

Este vorba de o contracepţie locală, realizată pe bază de produse spermicide, plasate în vagin.

Regulile de utilizare a acestor produse trebuie respectate cu scrupulozitate, ca să li se asigure întreaga eficienţă. Din această cauză, acest mod de contracepţie eşuează adesea, deşi nu sunt de vină produsele însele.

Există mai multe metode de contracepţie vaginală:

– Diafragma, căzută în desuetudine, de când au apărut produsele spermicide

– Spermicidele.

Diafragma

Diafragma este o metodă de contracepţie locală care a fost utilizată mai ales prin anii 70. Ea formează o barieră mecanică împotriva spermatozoizilor, care astfel nu mai pot trece în col. Efectul ei este întărit printr-o protecţie chimică, asigurată de spermicidele cu care este acoperită.

Diafragma se prezintă ca un inel cu marginile rigide, peste care se trage o peliculă subţire de cauciuc fin. Există mai multe mărimi, pentru că aceasta trebuie să se adapteze perfect anatomiei femeii care o utilizează. Se introduce în fundul vaginului şi se aplică pe colul uterului, pe care îl acoperă complet. Marginea sa rigidă se prinde

de o parte şi de alta a colului.

Aşezarea ei delicată şi puţin traumatizantă îi limitează utilizarea, cu toate că asigură o contracepţie foarte bună.

– Nu prezintă niciun pericol pentru sănătate

– Contracepţie eficientă, cu condiţia să fie acceptată în deplină cunoştinţă de cauză

– Posibilitatea de a avea o sarcină fără a avea de aşteptat mai multe cicluri

– Contracepţie de luat în considerare, pentru femeile care au raporturi sexuale episodice

– Rol protector de prim ordin contra bolilor transmisibile pe cale sexuală; prezintă avantajul major de a fi o barieră în calea spermei şi a germenilor pe care aceasta îi vehiculează; în plus, spermicidul cu care se unge are şi o acţiune bactericidă.

– Frânează spontaneitatea amoroasă, prin constrângerile la care obligă, pentru a fi eficientă. Trebuie:

– Să se pună diafragma înaintea fiecărui raport sexual, indiferent în ce moment al ciclului ne aflăm

– Nu se va pune cu mai mult de 4 ore înainte şi nu se va retrage mai repede de 4 ore după

– Se impregnează cu spermicid înaintea fiecărui raport

– Se va unge din nou cu cremă spermicidă înaintea unui al doilea raport

– Nu se face toaleta vaginală înainte şi după raport, pentru a nu se distruge efectul spermicid

– Efect contraceptiv deseori ineficient, datorat unei utilizări defectuoase:

– Aşezare incorectă

– Se uită să se pună spermicid înaintea unui al doilea raport

– Toaletă făcută prea curând după actul sexual

– Posibilitatea unor reacţii alergice uşoare la spermicid, cu senzaţii de mâncărime sau de arsură.

Spermicidele

Este vorba de o metodă de contracepţie modernă şi eficientă, cu condiţia respectării regulilor de utilizare.

Spermicidele sunt produse chimice care distrug spermatozoizii.

Se vând liber la farmacii, fără o prescripţie medicală, preţul lor fiind destul de ridicat.

Spermicidele folosite singure, cu funcţie de contracepţie, se introduc în fundul vaginului, lipite de col, chiar înaintea actului sexual, indiferent în ce perioadă a ciclului sunteţi.

Se prezintă sub mai multe forme:

– Pastile

– Tampoane având forma unor mici bureţi, acoperiţi cu spermicide

– Creme sau geluri, în doze unice.

Fiecare cutie cuprinde şi un prospect detaliat cu scheme.

CĂROR FEMEI LI SE POTRIVEŞTE ACEST MOD DE CONTRACEPŢIE?

Spermicidele pot fi folosite de orice femeie, dar sunt mai recomandate celor care:

– Au raporturi sexuale episodice

– Nu suportă nici pilula, nici steriletul

– Au născut de puţin timp

– Alăptează

– Au peste 40 de ani.

În prezent, 5% dintre femei sunt adepte ale acestui gen de contracepţie.

AVANTAJE

– Nu sunt toxice pentru organism

– Nu necesită nicio recomandare medicală

– Se plasează simplu şi discret, în fundul vaginului, cu puţin timp înaintea raportului sexual

Trebuie ştiut că:

– Pastilele au efect după 10 minute şi că acţiunea este mai rapidă la spermicidele prezentate sub formă de cremă sau gel

– Durata de eficienţă este de 4 ore pentru pastile şi de 8 până la 10 ore pentru creme

– Ung pereţii vaginali

– Protejează împotriva bolilor transmise pe cale sexuală, cu excepţia herpesului şi a sifilisului; nici acţiunea contra virusului SIDA nu a fost demonstrată

– Permit sarcina când doriţi, fără a mai fi necesare perioade de aşteptare; este de reţinut că un copil conceput sub acţiunea spermicidelor nu prezintă niciun risc de malformaţii

– DEZAVANTAJE

– Eşecurile înregistrate cu acest mod de contracepţie sunt destul de numeroase, căci regulile de utilizare nu sunt respectate întotdeauna

– Obligativitatea de a reînnoi aplicarea pentru un al doilea raport; în caz că uitaţi, efectul contraceptiv al primei doze devine total ineficient

– Alergii uşoare posibile, care se manifestă prin

senzaţii de arsuri sau de iritaţie a vaginului

– Scurgeri neplăcute după raportul sexual

– Imposibilitatea de a te spăla cu un săpun normal, câtva timp înainte şi circa 8 ore după aplicarea lor, din cauza pericolului de anulare a acţiunii spermicidului; o toaletă externă cu apă curată este totuşi îngăduită

– Acţiunea apei de mare asupra spermicidelor este încă puţin cunoscută; nu aveţi încredere în acest mod de contracepţie pe timpul vacanţelor!

– Reperaţi perioada ovulaţiei şi luaţi-vă măsuri de precauţie mai mari în acele zile; o doză dublă de spermicid sau un prezervativ, vor evita o surpriză neplăcută la întoarcerea din vacanţă

– Gustul lor amar deranjează sexualitatea orală ce să credem despre tamponul contraceptiv?

Este vorba de un mic burete impregnat cu spermicide. Se plasează în fundul vaginului, lipit de col, blocând în felul acesta trecerea spermatozoizilor, care sunt omorâţi, în contact cu spermicidele.

Acest mod de contracepţie ar putea fi ideal, fiindcă tamponul se poate plasa cu un anumit timp înainte de raport şi poate fi păstrat 24 de ore. Nu este necesar să fie schimbat între raporturi. Dar, din nefericire:

– Tampoanele sunt voluminoase şi ocupă mult loc în

vagin

– Sunt relativ greu de plasat şi de retras

– Trebuie să fie păstrate cel puţin 6 ore după raport

– Trebuie evitate băile în tot acest timp.

METODELE DE CONTRACEPŢIE BAZATE PE OBSERVAŢIE

Aceste metode nu sunt suficient de sigure, pentru a putea fi considerate cu adevărat contraceptive. Folosite într-o epocă în care pilula şi steriletul nu se utilizau în mod curent, ele permiteau doar o rărire a naşterilor.

Principiul lor constă în **reperarea perioadei de fecundaţie,** pentru evitarea raporturilor sexuale în acele intervale. Aceste abstinenţe periodice sunt constrângeri deranjante şi cel mai adesea aleatorii, fiindcă ele presupun cicluri menstruale foarte regulate şi nu admit niciun decalaj în ovulaţie.

Metoda Ogino

Este cel mai bun exemplu pentru metodele de contracepţie, în care întâmplarea şi norocul joacă un rol important.

Pentru un ciclu de 28 de zile, se ştie că ovulaţia are loc între a 14-a şi a 17-a zi; metoda constă în abstinenţă,

începând cu ziua a 9-a sau a 10-a a ciclului, ţinându-se cont şi de durata de viaţă a spermatozoizilor. Abstinenţa va trebui să dureze cel puţin până în ziua a 20-a a ciclului.

Metoda Billings

Nu este o metodă mai sigură decât metoda Ogino. Se **bazează pe observarea glerei cervicale,** abundentă între ziua a 10-a şi a 14-a. De la apariţia ei, raporturile trebuie întrerupte, şi nu pot fi reluate decât după mai multe zile de la secreţia maximă.

Această metodă cere o perfectă cunoaştere a propriului corp, ca să nu se confunde glera cu alte secreţii vaginale.

Metoda temperaturilor

Principiul ei se bazează pe posibilitatea detectării perioadei ovulatorii, după curba obţinută prin măsurarea şi notarea zilnică a temperaturii.

Într-adevăr, a doua zi după ovulaţie temperatura matinală devine mai ridicată de 37° şi rămâne la acest nivel până la menstruaţie. În fapt, **această metodă indică momentul în care are loc ovulaţia.** Are meritul că dă posibilitatea de a-ţi cunoaşte mai bine ritmul ciclurilor, şi deci de a şti dacă sunt regulate sau nu. (Vezi pag. 185.)

Această metodă vă obligă să vă luaţi temperatura în

fiecare dimineaţă, înainte de a vă ridica din pat. Cu puţină practică, este totuşi posibil să n-o mai luaţi, odată instalată perioada de palier.

Ca şi celelalte, şi această metodă este restrictivă, fiindcă nu permite raporturi sexuale decât circa 10 zile pe lună.

PREZERVATIVUL

Prezervativul este o metodă de *contracepţie masculină,* foarte eficientă, cu condiţia să fie bine utilizată. El prezintă enormul avantaj de a proteja împotriva bolilor transmisibile pe cale sexuală, şi mai ales faţă de SIDA.

Prezervativele se vând fără prescripţii la farmacii sau în magazine.

Pentru ca prezervativul să fie eficient, trebuie respectate câteva reguli:

– Să fie folosit doar o singură dată

– Să nu fie uns cu vaselină, care l-ar putea deteriora; ele sunt unse, dar dacă doriţi puteţi s-o faceţi şi dumneavoastră, cu o substanţă specială pe bază de apă, care poate fi găsită în farmacii

– Să nu fie prea întins; aveţi grijă să lăsaţi un mic spaţiu la partea superioară, pentru spermă

– Atenţie să nu-l perforaţi cu unghiile, în momentul

când îl puneţi

– După ejaculare, se retrage înaintea revenirii complete din erecţie, pentru a evita scurgerea spermei în vagin.

În cazul ruperii prezervativului în cursul raportului, sau al pierderii lui în vagin în momentul retragerii, trebuie să consultaţi rapid medicul. S-ar putea dovedi necesară o pilulă pentru ziua următoare.

Există în prezent şi un prezervativ feminin, din plastic transparent, care se introduce în vagin.

CONTRACEPŢIA ADOLESCENTEI

Deşi mijloacele de informare sunt accesibile, iar cele contraceptive sunt uşor de obţinut, un mare număr de adolescente care au o activitate sexuală nu folosesc o metodă contraceptivă eficientă. Or, riscurile de sarcină la adolescente sunt mari, pentru că ele au adesea ciclurile neregulate, iar ovulaţia poate surveni în orice moment al ciclului.

ADOLESCENTA POATE FOLOSI O METODĂ CONTRACEPTIVĂ FĂRĂ ACORDUL PĂRINŢILOR?

După 1974, adolescentele, chiar minore fiind, pot beneficia legal de o metodă contraceptivă, fără să aibă

nevoie de acordul părinţilor[5].

Ea poate obţine produsul gratuit pentru minori, într-un centru de planificare familială sau de la un medic ginecolog cu cabinet particular. Acesta din urmă prezintă avantajul de a putea fi consultat cu regularitate şi mai ales de a putea fi vizitat în orice moment în cazul unor mici probleme ginecologice.

CARE E CEA MAI POTRIVITA METODA CONTRACEPTIVĂ PENTRU O ADOLESCENTĂ?

Incontestabil, aceasta este *pilula.* Ea protejează contra unei sarcini în proporţie de 100 %, cu condiţia, desigur, de a fi luată regulat, în fiecare zi la aceeaşi oră, mai ales dacă este vorba de minipilula. 43 % dintre franţuzoaicele sub 25 de ani folosesc pilula.

Steriletul este cu totul nerecomandabil pentru adolescente, deoarece favorizează infecţiile înalte, în special ale trompelor, care pot conduce la sterilitate ulterioară.

Spermicidele nu se recomandă nici ele pentru tinere, încă timide faţă de corpul şi sexualitatea lor. Prost utilizate, siguranţa lor nu va fi totală. În plus, introducerea pastilei, ţinând seama de implicaţiile tehnice pe care le comportă, este mai greu de acceptat pentru o tânără

5 Se referă la situaţia din Franţa, ca şi paragraful care urmează (n.t.)

spontană şi romantică.

Prezervativele pot fi utilizate pentru raporturi sexuale episodice. Ele trebuie chiar să fie folosite când tânăra, cu toate că foloseşte pilula, nu-şi cunoaşte bine partenerul, pentru că nu trebuie uitată SIDA, boală mortală, transmisibilă pe cale sexuală.

DE CE ESTE PILULA CEA MAI BUNĂ METODĂ DE CONTRACEPŢIE PENTRU O TÂNĂRĂ?

Deoarece, lăsând la o parte constrângerea dată de necesitatea luării ei zilnic la aceeaşi oră – ceea ce devine repede o obişnuinţă – pilula este în întregime sigură şi îi permite adolescentei raporturi spontane, fără a fi nevoită să se gândească la tehnicile contraceptive. De altfel, ea prezintă interes şi pentru că micşorează sensibil frecvenţa infecţiilor înalte, care pot duce la sterilitate, prin calitatea pe care o au de a subţia glera cervicală.

Tinerele care au o viaţă sexuală episodică, sunt deranjate adesea de constrângerile pe care le presupune pilula. Ele au tendinţa să întrerupă administrarea între două episoade amoroase, fiind de aceea surprinse uneori fără protecţie de o reluare a relaţiilor sexuale.

Trebuie să ştiţi că este mai bine să luaţi pilula încontinuu, decât să întrerupeţi o lună sau două, apoi s-o

reluaţi şi să vă opriţi din nou, după un alt interval. În acest caz, organismul va fi derutat de aceste schimbări hormonale, cu care nu are răgazul să se obişnuiască.

Nu luaţi niciodată o pilulă care v-a fost recomandată de o prietenă. Fiziologia, metabolismul, variază de la un organism la altul. Numai medicul este în măsură să vă recomande pilula adecvată.

PILULA COMBINATĂ AMELIOREAZĂ ACNEEA. ESTE ADEVĂRAT?

Da, cu condiţia să fie predominant estrogenică. Acesta este cazul pilulei Diane 35, recomandată pentru tinere. Ameliorarea acneei va fi vizibilă după şase luni de utilizare. O pilulă cu dominantă progestativă agravează acneea.

CARE ESTE CEA MAI BUNĂ METODĂ DE CONTRACEPŢIE PENTRU RAPORTURI SEXUALE EPISODICE?

În lipsa unei relaţii stabile, nu uitaţi că perioada vacanţelor este propice pentru întâlniri. De aceea, e momentul să consultaţi un ginecolog, care să vă prescrie pilula cea mai potrivită.

Pentru ca pilula să fie eficientă pentru o perioadă

scurtă, va trebui să respectaţi cu scrupulozitate indicaţiile de utilizare. Dacă e vorba de o minipilula, veţi lua prima pilulă în prima zi a ciclului, şi în orice caz le veţi lua pe toate până la terminarea plachetei.

Dacă raporturile dumneavoastră sunt cu totul episodice, folosiţi prezervativele. Ele au avantajul de a fi eficiente contra bolilor transmisibile pe cale sexuală şi mai ales a SIDEI.

LA CE VÂRSTĂ POATE ÎNCEPE LUAREA PILULEI?

Deoarece pilula are ca principiu de acţiune blocarea secreţiei hormonilor care determină ovulaţia, este mai bine să aşteptaţi ca maturizarea sistemului hormonal să se încheie.

Este deci indicat să lăsaţi să treacă doi ani de la primele menstruaţii, până la o administrare regulată a pilulei.

CE SE POATE FACE DUPĂ UN RAPORT SEXUAL NEPROTEJAT?

Dacă aveţi menstruaţii regulate, puteţi să vă cunoaşteţi data ovulaţiei şi să ştiţi dacă raportul a fost periculos sau nu.

Dacă raportul fără protecţie se situează aproape de data ovulaţiei, trebuie să vă prezentaţi la ginecolog imediat, fără a mai aştepta să vedeţi dacă menstruaţia va veni sau nu. Ţineţi minte că există şi o posibilitate de contracepţie valabilă a doua zi. (Vezi pag. 127.)

CE POATE FI SFĂTUITĂ O TÂNĂRĂ CARE IA PILULA?

Mai ales să nu fumeze!

Pilula şi tutunul se asociază, şi măresc dramatic riscurile cardiovasculare. Gândiţi-vă la viitoarea dumneavoastră sănătate.

CONTRACEPŢIA DUPĂ PATRUZECI DE ANI

Fecunditatea scade rapid cu vârsta. Şansele de sarcină scad mult după 40 de ani. După 45 de ani, ele sunt ca şi inexistente.

Scăderea fecundităţii este determinată de scăderea secreţiilor hormonale ale ovarului şi, deopotrivă, de scăderea numărului de ovocite pe care el le mai adăposteşte. În paralel, organele de reproducere, irigate tot mai puţin, îşi îndeplinesc tot mai rău funcţia lor.

Cu toate acestea, riscul de a rămâne gravidă persistă, ceea ce impune folosirea unor metode de

contracepţie şi pentru femeia **de** 40 de ani, şi chiar după această vârstă. Procentajul întreruperilor voluntare de sarcină practicate după 40 de ani probează, de altfel, faptul că o anumită fecunditate există şi după această vârstă, o vârstă când femeia se simte încă tânără şi doreşte să fie liniştită în privinţa feminităţii ei. Oscilând între dorinţa de a avea un copil – pe care nu îndrăzneşte cu adevărat s-o exprime – şi teama de fi însărcinată, ea are tendinţa adeseori de a abandona măsurile de contracepţie.

SE POATE CONTINUA ADMINISTRAREA PILULEI DUPĂ 40 DE ANI?

După 40 de ani, pilula trebuie prescrisă cu mult discernământ, fiindcă la această vârstă ea măreşte riscurile cardiovasculare. Va fi prescrisă sub forma ei combinată estro-progestativă şi minidozată, doar în cazul când nu există nicio predispoziţie personală în acest sens şi niciun antecedent familial. De asemenea, cu condiţia să nu se fumeze, pentru că la o fumătoare riscul creşte de aproximativ şapte ori.

Micropilulele progestative trebuie evitate, deoarece efectul lor contraceptiv se dovedeşte insuficient la această vârstă, când ovarele nu mai secretă deja destul progesteron.

După 45 de ani, avizele medicale diferă în ce priveşte folosirea pilulei. Pe când anumiţi medici o resping cu tărie, alţii o recomandă pe considerentul că ea reglează ciclurile devenite anarhice în perioada perimenopauzei, şi face să dispară celelalte tulburări datorate unui dezechilibru hormonal. Riscurile rămân, totuşi, foarte mari, iar la femeile fumătoare sunt chiar triplate.

Femeii de 45 de ani şi peste această vârstă se prescriu de preferinţă *progestativi,* derivaţi ai progesteronului. În afara efectului lor contraceptiv, ei compensează deficitul de progesteron, care apare în a doua parte a ciclului.

CARE ESTE CEA MAI BUNĂ METODĂ DE P **CONTRACEPŢIE DUPĂ 40 DE ANI?**

Atâta timp cât menstruaţiile sunt regulate, cea mai bună metodă de contracepţie este aceea care nu asociază niciun risc secundar. Ne gândim la sterilet, sau la contracepţia vaginală.

O contracepţie hormonală va fi mai convenabilă, în caz că apar tulburări legate de perimenopauză.

Steriletul

Este un contraceptiv excelent pentru femeia de 40

de ani şi peste această vârstă. El va fi evident contraindicat unei femei care are cicluri neregulate, cu menstruaţii abundente. Nu se recomandă nici dacă există polipi sau un fibrom în uter.

Steriletul poate fi tolerat până la menopauză.

Contracepţia vaginală

Spermicidele sub formă de pastile sau de tampoane sunt toate indicate după 40 de ani şi mai ales după 45 de ani, când fecunditatea e mult slăbită.

ÎNTRERUPEREA VOLUNTARĂ A SARCINII (IVS)

Avortul trebuie considerat un eşec al contracepţiei, care nu trebuie folosit decât în mod excepţional.

Cu toate că avortul este legal[6], el rămâne un act dificil pe plan psihologic, marcant pentru orice femeie.

O ADOLESCENTA MINORA POATE SĂ FACĂ UN AVORT?

Da, cu condiţia să aibă consimţământul scris al unuia dintre părinţi.

ÎN CE MOMENT AL SARCINII SE POATE

6 în România avortul este legalizat din 1990. Este admis până la limita a 12 săptămâni de sarcină (n.t.)

PRACTICA AVORTUL?

Avortul nu poate avea loc la orice vârstă a sarcinii. Există date limită impuse prin lege.

Momentul cel mai propice pentru un avort se situează între a 4-a şi a 6-a săptămână a sarcinii, adică între a 6-a şi a 8-a săptămână, socotind de la prima zi a ultimei menstruaţii. Limita este situată înainte de sfârşitul celei de-a 10-a săptămâni de sarcină, adică după 12 săptămâni de amenoree[7].

Începând de la această dată limită, de 10 săptămâni, avortul poate fi autorizat doar pe considerente terapeutice: – dacă mama a contractat în cursul sarcinii o boală infecţioasă ca rubeola, care ar putea să producă o malformaţie a copilului dacă fătul prezintă o anomalie genetică, detectată prin amniocenteză.

CUI TREBUIE SĂ VĂ ADRESAŢI PENTRU O IVS?

Din momentul când sarcina este confirmată de un test pentru sarcină, prezentaţi-vă fără să pierdeţi timpul la medicul dumneavoastră de circă. El vă va îndruma spre un serviciu de spital sau o clinică particulară.

Dacă nu aveţi un medic de familie, vă puteţi adresa unui centru de planificare familială, care vă va îndruma

7 Lipsa menstruaţiei (n.t.)

spre un medic.

Trebuie să ştiţi că testele de sarcină pe care le faceţi acasă[8] sunt în prezent foarte performante. Ele vă permit să ştiţi dacă aţi rămas gravidă, chiar înainte de data prezumtivă a menstruaţiei.

Intervenţia se derulează, în general, la noi în ţară, sub anestezie locală. Colul uterin este dilatat progresiv, astfel încât să lase să treacă o canulă mică cu care se aspiră oul.

Pentru mai multă siguranţă, se poate face şi un mini-chiuretaj al mucoasei uterine, pentru completarea aspiraţiei. Această operaţie nu este făcută de fiecare dată, totul depinzând de vârsta sarcinii.

Este un hormon care, luat la începutul sarcinii, poate provoca un avort spontan.

CUM SE PRACTICĂ IVS?

CE ESTE PILULA ABORTIVĂ?

El are o eficienţă de 95 %, cu condiţia de a fi utilizat înaintea datei limită de şapte săptămâni de amenoree, socotind din prima zi a ultimei menstruaţii. Avortul este cu atât mai simplu, cu cât sarcina e mai puţin avansată.

Pilula abortivă nu se eliberează decât la spitale, sau

8 Testele care se pot cumpăra din farmacii (n.t.)

la centrele de planificare familială. Modul de administrare este următorul: – se înghit 3 comprimate acasă

– Vă prezentaţi apoi la spital după 36 de ore, pentru a primi o injecţie cu prostaglandine, care declanşează contracţiile uterine: fără această injecţie, avortul spontan nu va avea loc; de obicei, acesta survine în timpul dimineţii de spitalizare.

O ecografie, realizată 8 zile mai târziu, permite să se verifice golirea uterului. Dacă acest lucru nu se confirmă, se recurge la un avort prin aspiraţie.

SEXUALITATEA

Sexualitatea este o caracteristică fundamentală, comună tuturor fiinţelor, având ca finalitate procreaţia şi, deci, continuitatea speciei.

Disociind procreaţia de plăcere, intelectualizând dragostea, fiinţa umană a făcut din sexualitatea sa un izvor de împlinire personală, sau, din contră, un motiv de frustrare.

Prin schimbul de emoţii şi sentimente, prin dorinţa unei plăceri împărtăşite, sexualitatea s-a complicat, îmbogăţindu-se totodată.

Nu poate exista o reţetă magică pentru o viaţă sexuală optimă. Fiecare femeie simte plăcerea în mod

diferit. Fiecare trebuie să-şi cunoască organismul, pentru a şti ce poate el oferi.

O sexualitate armonios împlinită înseamnă adesea o personalitate împlinită şi un moral ridicat indispensabil pentru o stare generală bună a propriului corp.

Starea psihică şi sexualitatea sunt intim legate. Tocmai de aceea, menţinerea unei sexualităţi fericite în cadrul cuplului cere un efort personal de imaginaţie pe planul relaţiilor afective şi fizice din partea fiecăruia.

DORINŢA SEXUALĂ

Dorinţa sexuală rezultă dintr-un amestec subtil de stimuli senzuali, afectivi şi intelectuali, legaţi de senzaţii fizice reale sau imaginare.

CE IMPORTANTĂ AU SIMŢURILE NOASTRE ÎN DORINŢA SEXUALĂ?

În dragoste, cele cinci simţuri sunt toate active şi participă la naşterea dorinţei şi la creşterea excitaţiei sexuale.

Stimulii senzoriali pot fi multipli. Fie că sunt vizuali, auditivi, olfactivi, tactili sau chiar gustativi, ei provoacă, stimulează şi întreţin dorinţa sexuală. O lectură, urmărirea

unei scene erotice, o privire fugară, sunt suficiente pentru aprinderea dorinţei.

HORMONII NOŞTRI JOACĂ VREUN ROL ÎN DORINŢA SEXUALĂ?

Cu toată importanţa pe care o are starea psihică în naşterea dorinţei, nu se poate ignora nici partea care ţine de simţurile şi de hormonii noştri.

Hormonul cu influenţa cea mai mare asupra libidoului, atât la bărbat cât şi la femeie, este testosteronul secretat, la femeie, în cantitate mică, de ovare şi de glandele suprarenale.

Al doilea hormon răspunzător de apetitul sexual al femeii este estradiolul, secretat de către ovare. El contribuie, printre altele, la o bună tonifiere a mucoasei vaginale şi la lubrifierea sa.

Hormonii sexuali acţionează în asociere cu neuro-transmiţătorii, care sunt substanţe chimice eliberate în creier, la nivelul hipotalamusului. Cei mai importanţi sunt serotonina şi dopamina, responsabili, printre altele, de activarea testosteronului.

ESTE NORMAL CA DORINŢA SEXUALĂ SĂ VARIEZE ÎN CURSUL CICLULUI MENSTRUAL?

Da, deoarece dorinţa depinde în parte de hormonii sexuali. Ea creşte în momentul ovulaţiei, ceea ce este logic, fiindcă finalitatea actului sexual este procreaţia. Dorinţa poate să se intensifice de asemenea în timpul menstruaţiei. S-ar părea, într-adevăr, că în această perioadă au femeile, cel mai des, vise erotice.

Femeile care iau pilula, teoretic nu au variaţii ale intensităţii dorinţei, pentru că aportul hormonal este regulat şi constant. Totuşi, ca şi celelalte femei, şi ele au perioade de receptivitate mai mare, ceea ce demonstrează încă o dată importanţa şi chiar predominanţa contextului psihologic, afectiv şi senzual asupra trezirii dorinţei. Diferenţele individuale depind tot de contextul psihologic, căci, independent de hormoni, dorinţa sexuală variază de la o femeie la alta, în funcţie de sensibilitatea şi de receptivitatea sa la emoţii.

OBŢINEREA PLĂCERII

Mecanismul plăcerii are aceeaşi bază pentru toate femeile, cuprinzând o serie de parametri, cum ar fi: starea de sănătate, nivelul hormonal, vârsta, circumstanţele, dispoziţia, intensitatea stimulării erotice şi, bineînţeles, aptitudinea psihologică pentru plăcerea sexuală.

Fiecare femeie reacţionează faţă de dragoste în mod

diferit. O femeie în formă bună, echilibrată, are o viaţă sexuală mai bogată decât o femeie care se îndoieşte de ea însăşi şi refuză, din teamă, noile experienţe.

Plăcerea sexuală împărtăşită este visul oricărui om. După statistici, 42 % dintre cupluri sunt satisfăcute de viaţa lor sexuală, în timp ce 28 % sunt foarte puţin sau chiar deloc.

Oricine se poate bucura de plăcerea de a face dragoste. Trebuie doar să posede „cheia” pentru aceasta. Prea multe blocaje şi inhibiţii, cele mai multe avându-şi originea chiar în copilărie, sau fiind urmarea unor experienţe nefericite, nu lasă corpul să se manifeste liber.

Cum se poate ajunge la plăcerea sexuală?

Plăcerea sexuală este resimţită diferit de fiecare dintre noi. Depinde de capacitatea noastră de **a iubi suficient de mult propriul corp,** ca să dorim şi să acceptăm mângâierile dragostei, de a îndrăzni să ne hrănim propriul libido cu **fantasme** erotice, care stimulează imaginaţia şi de a accepta **jocurile sexuale,** pentru a ajunge la o excitaţie maximă.

cum să-ţi descoperi şi să-ţi iubeşti propriul corp?

Să-ţi iubeşti corpul este de o importanţă primordială în căutarea plăcerii. Pentru aceasta, trebuie în primul rând să-l cunoşti, deoarece, necunoscându-l pe al tău, nu-l vei cunoaşte nici pe al partenerului; apoi printr-o reeducare a propriului corp, trebuie să vă eliberaţi de o serie de inhibiţii, ca: teama de nuditate la lumina zilei, ruşinea de a te lăsa atinsă, frica de mângâierile sexuale pe care nu ieşti pregătită să le primeşti şi, cu atât mai puţin, să le dai.

Descoperirea propriului corp trece prin:

Atingere

Să-ţi explorezi corpul, să te mângâi, este esenţial, ca să descoperi progresiv părţile sensibile şi zonele erogene.

Închizând ochii, pentru a înregistra toate senzaţiile, lăsaţi mâinile să vă alunece uşor pe tot corpul. Insistaţi în primul rând asupra sânilor, pipăind mameloanele până veţi resimţi o senzaţie agreabilă. La început localizată, ea se generalizează şi iradiază spre sex. Să-ţi atingi sexul, să ştii cum este alcătuit, să-ţi găseşti zonele sensibile sunt de asemenea condiţii importante. Doar simţindu-vă bine cu dumneavoastră înşivă, vă veţi putea simţi bine şi cu altcineva.

Masturbaţia

Masturbaţia este modul de evaluare a propriilor zone erogene. Ea vă permite să le cunoaşteţi posibilităţile, ceea ce vă ajută să vă ghidaţi partenerul în găsirea plăcerii pe care el vrea să v-o dăruiască.

Descoperirea corpului se poate face la orice vârstă. Depinzând de mediu şi de contextul psihologic, propriile posibilităţi senzuale şi erotice nu vă vor fi niciodată pe deplin cunoscute.

Sexualitatea feminină este intim legată de sentimentul de iubire. De asemenea, o femeie aparent frigidă poate cunoaşte plăcerea sexuală, datorită unui alt bărbat. Sub influenţa dragostei, ea va avea dorinţe, va simţi senzaţii noi, care o vor tulbura, şi va îndrăzni să experimenteze lucruri pe care încă nu le-a făcut niciodată.

FANTASMELE AU VREO IMPORTANŢĂ ÎN OBŢINEREA PLĂCERII?

Rolul fantasmelor este esenţial, ele fiind o sursă de energie care alimentează dorinţa, în aceeaşi măsură ca şi stimulii senzoriali. Ele au rolul de a camufla o realitate cel mai adesea banală, şi care stimulează prea puţin dorinţa, permiţând ca prin intermediul imaginaţiei să se ajungă la o sexualitate bogată şi echilibrată. A vă lăsa purtată de visul

erotic, ca să ajungeţi la o excitaţie maximă şi să atingeţi orgasmul, e un lucru care face parte integrantă dintr-o bună sexualitate.

A vă culpabiliza faţă de partener pentru fantasmele pe care le aveţi e mijlocul cel mai sigur de a-i bloca dorinţa şi, implicit, plăcerea. Fantasmele nu trebuie trăite ca pe un lucru jenant sau ruşinos, ci trebuie considerate ca făcând parte pur şi simplu din sexualitatea dumneavoastră. Trebuie să fiţi totodată perfect conştiente de rolul pe care acestea trebuie să-l îndeplinească, şi anume acela de simple vise, pentru că, într-adevăr, trecerea spre lumea fantasmelor creează o confuzie totală între imaginar şi realitate. După consumarea actului, acestea nu mai au nicio importanţă.

Toate aceste închipuiri nu trebuie neapărat împărtăşite partenerului, nici măcar în momentele de confidenţă, care urmează actului. Ele pot să nu fie înţelese aşa cum trebuie şi atunci nu vor contribui cu nimic la îmbogăţirea relaţiei dumneavoastră.

DE CE SUNT JOCURILE SEXUALE ATÂT DE IMPORTANTE?

Dorinţa se asociază cu impulsul natural de a o împărtăşi cu celălalt.

Împărtăşirea plăcerii implică, în mod obligatoriu, jocurile sexuale. Atingerile, sărutările, mângâierile, cuvintele sunt tot atâţia stimuli, care nu au alt scop decât să trezească mai puternic dorinţa. Nimic din toate acestea nu poate avea vreun efect, dacă nu se stabileşte o minimă comunicare între parteneri, în cadrul cuplului. Doar tehnica, în acest caz, nu este suficientă. Ea trebuie, în mod necesar, să se sprijine pe complicitate şi pe sentimentul dragostei, ca să poată elibera potenţialul sexual existent în fiecare.

Raporturile sexuale de rutină care, cu timpul, se rezumă doar la penetrare, ajung să distrugă dorinţa de a face dragoste. Ca să supravieţuiască, dorinţa are nevoie de un ansamblu emoţional compus din atitudini, gesturi şi cuvinte. Trebuie să ştii să te faci dorită, să fii tandră, să alegi mângâierile care fac plăcere şi excită partenerul, să îndrăzneşti să-i vorbeşti de propriile tale dorinţe.

Lupta împotriva rutinei care duce la pierderea dorinţei, cere din partea cuplului multă vigilenţă, dar cu acest preţ, recompensa este fericirea cuplului. Pentru a preveni instaurarea rutinei, va trebui pe cât este posibil:

– Să vă diversificaţi sexualitatea, în contexte diferite

– Să vreţi mereu să vă seduceţi partenerul şi să-i stârniţi dorinţele

– Să găsiţi o comunicare armonioasă în sexualitate.

Acestea, toate, presupun sentimente de dragoste şi de tandreţe împărtăşite.

CE PĂRERE SĂ AVEM DESPRE MASTURBAŢIE?

Multă vreme considerată dăunătoare sau condamnabilă, masturbaţia apare azi ca fiind indispensabilă pentru o perfectă dezvoltare sexuală. Ea, în fapt asigură femeii:

– Cunoaşterea propriului corp, descoperirea zonelor erogene şi a plăcerii pe care acestea i-o pot da, îmbunătăţind astfel sexualitatea cuplului, fiindcă femeia care se cunoaşte bine este capabilă să-şi exprime dorinţele şi să-şi ghideze partenerul

– Eliberarea energiei sexuale acumulate

– Încrederea în capacitatea ei de a se bucura.

Lipsa orgasmului la unele femei, în timpul raportului sexual, poate fi pusă fie pe seama partenerului, care nu este destul de atent sau experimentat, nu se poate controla, sau ejaculează prea repede, fie pe seama unor posibile probleme conflictuale, în cadrul cuplului.

Dacă masturbaţia aduce satisfacţiile fizice, ea rămâne, totuşi, frustrantă pe plan psihic, pentru că relaţia cu celălalt nu există.

Masturbaţia nu este obligatorie! Femeile care au o sexualitate de cuplu satisfăcătoare îi dau puţină atenţie, cu toate că şi ea face parte din jocurile dragostei şi agrementează partidele sexuale.

În sexualitate este permis orice pentru atingerea plenitudinii. Rămâne problema fiecăreia să-şi dea seama ce îşi doreşte şi de ce este capabilă, ca să se simtă bine.

CE PĂRERE SĂ AVEM DESPRE SEXUALITATEA ANALĂ?

Anusul prezintă o sensibilitate deosebită, diferită de cea a organelor sexuale. Numeroase femei se excită la mângâierile anale, pe când altele, cu toate că sunt sensibile, se simt jenate de acest tip de mângâieri. Blocajul pe care acestea din urmă îl resimt, le face imposibilă orice experienţă în acest domeniu, lucru care, însă, nu le perturbă sexualitatea în niciun fel.

Sexualitatea anală nu este indispensabilă pentru o dezvoltare armonioasă şi pentru echilibrul sexual. A o adopta sau nu, este opţiunea fiecărui cuplu. Cea mai mare parte a cuplurilor încearcă penetrarea anală mai mult din curiozitate, sau pentru a-şi satisface o fantasmă.

Penetrarea anală practicată curent nu este prea recomandabilă, fiindcă pe termen lung apare riscul unei

relaxări a sfincterului anal.

Când relaţiile anale sunt episodice, nu apar probleme deosebite, cu condiţia ca ele să fie practicate cu mult discernământ. Trebuie evitate, mai ales, trecerile penisului din rect în vagin, pentru a nu provoca infecţii uro-genitale.

Nu trebuie uitată, de asemenea, problema SIDA, care se propagă în mod deosebit prin acest gen de relaţii, dat fiind că micile răni anale, care sunt frecvente, pot constitui poarta de intrare a virusului. În cazul unui partener ocazional, prezervativul este indispensabil.

CORPUL FEMININ ÎN TIMPUL ACTULUI SEXUAL

Reacţiile fiziologice şi anatomice ale corpului feminin în timpul actului sexual sunt identice la toate femeile, independent de reacţiile senzuale şi emoţionale, specifice fiecăreia.

Manifestările de bază în evoluţia plăcerii au fost clasificate în *patru faze,* pentru descrierea părţii fizice a plăcerii sexuale feminine. Acestea sunt: faza excitaţiei, faza de platou, faza de orgasm şi faza de rezoluţie.

Cunoaşterea propriului corp vă dă posibilitatea să descoperiţi cheile propriei senzualităţi şi să vă bucuraţi de

plăcerea fizică pe care v-o procură dragostea.

CUM SE MANIFESTĂ FIZIC EXCITAŢIA?

Originea excitaţiei este dorinţa. Ea se poate naşte spontan, prin intermediul simţurilor, sau poate fi trezită şi stimulată prin mângâieri.

Sub efectul excitaţiei, organele genitale se congestionează, datorită unui aflux de sânge în zona pelviană. Pereţii vaginali se umflă şi eliberează un lichid menit să lubrifieze vaginul.

Afluxul de sânge devenind mai intens, labiile mici devin mai roşii, îngroşându-se totodată, iar cele mari, care şi ele se umflă, se îndepărtează, descoperind astfel vulva. La femeile care nu au născut încă un copil, labiile mari se aplatizează, pe când la cele care au născut cel puţin doi, îşi măresc considerabil volumul.

Clitorisul este şi el umflat şi se îngroaşă mai mult, pe măsură ce creşte excitaţia. Se contractă uşor şi contribuie la amplificarea senzaţiilor în toată zona genitală. Sexul devine greu şi cald.

Sub efectul umflării ţesuturilor, cavitatea vaginală se strâmtează spre intrare, dar se lărgeşte în adâncime. Uterul se ridică şi basculează către spate, ceea ce are ca efect lărgirea în continuare a fundului vaginului.

Sânii se umflă şi se întăresc, în timp ce mamelonul se ridică. Areola pigmentată devine mai închisă la culoare. Mângâierea lor contribuie la creşterea excitaţiei generale.

În aceste momente de creştere a dorinţei, întregul organism este „răvăşit”, nu doar organele genitale. Pulsul se accelerează, tensiunea arterială creşte, respiraţia devine rapidă şi sacadată, toţi muşchii sunt tensionaţi. Toate aceste fenomene sunt reflexe, adică involuntare.

Faza excitaţiei variază în funcţie de intensitatea dorinţei. Ea este întreţinută prin mângâieri, sărutări şi cuvinte.

Ajunşi la un stadiu maxim de excitaţie, bărbatul şi femeia simt nevoia să se unească.

CE SE ÎNŢELEGE PRIN FAZA DE PLATOU?

Este momentul când excitaţia atinge punctul său culminant. În acest moment, femeia îl doreşte ardent pe partenerul ei.

Faza de platou începe în momentul penetrării penisului, care trimite „unde” de plăcere în tot corpul. Vaginul se strânge în partea lui inferioară în jurul penisului, ceea ce duce la multiplicarea senzaţiilor. Sensibilitatea, în acest stadiu, devine foarte mare şi cea mai mică presiune provoacă valuri de plăcere. Plăcerea,

care iradiază, asociată excitaţiei dinainte, conduce la orgasm, perioada de aşteptare febrilă a momentului bucuriei depline reprezentând partea principală a fazei de platou.

Ritmul cardiac şi respiraţia se accelerează mai mult, în timp ce vulva se mai congestionează un pic. Momentul descătuşării nu e departe.

Chiar înaintea orgasmului, secreţiile vaginale se micşorează, iar clitorisul se retrage uşor. Pupilele se dilată, muşchii se tensionează. Plăcerea vine asemenea unui val ce se rostogoleşte.

CUM SE MANIFESTĂ ORGASMUL?

Este faza cea mai scurtă şi cea mai intensă. Orgasmul nu se produce, decât dacă excitaţia sexuală s-a menţinut la un anumit nivel, un timp destul de lung. El depinde de dorinţa pe care ne-a trezit-o partenerul şi de mângâierile lui.

O undă de plăcere urcă lent din zona clitoridiană, până la explozia finală. Contracţii involuntare pleacă dinspre clitoris şi invadează în valuri succesive uterul, zonele vaginale şi anale. Clitorisul se retrage brusc, îşi reia poziţia şi dimensiunea sa normală cam la 10 – 20 de secunde după prima descărcare.

Corpul se întăreşte în întregime sub impulsul acestor contracţii ritmice, eliberând astfel toată tensiunea sexuală acumulată în timpul fazei de excitaţie. Pielea se acoperă de sudoare şi se înroşeşte.

Cu cât orgasmul a fost pregătit mai lent, cu atât este mai intens. Contracţiile sunt atunci mai numeroase. Ele îşi micşorează progresiv intensitatea, apoi se răresc treptat.

În timpul orgasmului, totul se învălmăşeşte. Este o pierdere totală a conştiinţei de sine şi a locului unde te afli.

CE SE ÎNŢELEGE PRIN FAZA DE REZOLUŢIE?

Este perioada de destindere, de seninătate, care urmează eliberării de energie acumulată în timpul fazei de excitaţie. Un sentiment de satisfacţie şi de bine general face loc tensiunilor de dinainte. Este momentul tandreţei.

Toate modificările fizice de dinainte se estompează puţin câte puţin, apoi dispar. Sângele acumulat în regiunea pelviană circulă din nou în tot corpul. Organele genitale interne şi externe îşi regăsesc încet-încet volumul normal.

Excitaţia poate să nu fie urmată de orgasm, din mai multe cauze, principala fiind cea a precipitării partenerului. În acest caz, decongestionarea organelor genitale se face mai lent şi excitaţia descreşte puţin câte

puţin.

O relaţie sexuală întreruptă de bărbat imediat după orgasm este foarte decepţionantă. Femeile au, într-adevăr o nevoie imperioasă de tandreţe. Ele nu pot suporta ideea de a fi doar un obiect al plăcerii şi în acest caz îşi vor pierde repede interesul pentru sex. Doar într-un climat de dragoste reciprocă femeia are dorinţe, îndrăzneşte să le exprime şi să le trăiască din plin.

Este vorba de o zonă difuză, mare cât o monedă, situată pe peretele anterior al vaginului, adică în spatele simfizei pubiene, la circa 4 cm de orificiul vulvar.

Punctul G ascunde încă secrete. Unii îi contestă existenţa, pe când alţii îl şi descriu, ca pe o zonă deosebit de sensibilă. După orgasmul clitoridian, el ar fi capabil să provoace orgasme profunde, repetate, prin atingeri cu mâna, sau prin frecarea de penis. El ar secreta atunci un lichid asemănător cu sperma, denumit „ejaculat feminin”.

Plăcerea feminină este extrem de variată, nu numai pentru că există numeroase zone erogene, dar şi pentru că, la ea, contextul psihologic joacă un rol primordial. Tocmai de aceea, orgasmele sunt diferite de la o femeia la alta şi de la un raport la altul.

Orgasmul e caracterizat de senzaţii intense care pornesc din zona clitorisului, sub formă de descărcări, şi

care se propagă în unde voluptuoase spre zona vaginală şi anală, apoi în întregul corp.

Nu există orgasm vaginal propriu-zis, dat fiind că sunt puţine terminaţii nervoase la nivelul mucoasei vaginale. Toate orgasmele feminine depind, în parte, de stimularea clitoridiană.

Orgasmul vaginal este cel care e declanşat de penis. El a necesitat, în prealabil, o stimulare clitoridiană manuală sau bucală. Se declanşează mai rar decât orgasmul obţinut prin stimularea directă a clitorisului, deoarece el are nevoie, în plus, de participarea psihicului.

CE ESTE PUNCTUL G?

EXISTĂ UN ORGASM CLITORIDIAN ŞI UN ORGASM VAGINAL?

UN RAPORT SEXUAL FĂRĂ ORGASM ESTE UNUL RATAT?

Orgasmul nu este un scop în sine. Plăcerea feminină e de o asemenea bogăţie, încât raportul sexual nu are neapărată nevoie să se termine printr-un orgasm ca să fie reuşit. Orgasmul este finalizarea unei multitudini de factori fizici şi psihologici. Ei nu se întrunesc în mod obligatoriu toţi deodată, la fiecare raport sexual.

Câteodată predomină excitaţia pur sexuală, altă dată tandreţea, sau starea de bine resimţită alături de cel iubit.

Un raport sexual fără orgasm final poate fi totuşi intens şi bogat. Uneori este chiar ceva mai mult, fiindcă trupul mai păstrează un timp în memorie excitaţia, care nu se stinge atât de rapid cum se întâmplă după declanşarea produsă de orgasm.

Orgasmul nu trebuie să fie scopul final aşteptat cu orice preţ. Dacă acest lucru devine o obsesie, există toate şansele ca el să nu se realizeze. Teama de eşec poate sfârşi chiar prin a micşora interesul pentru sexualitate. E mai bine să vă lăsaţi purtată de dragoste şi senzualitate. Orgasmul vine atunci, fără să fi fost programat sau chiar solicitat.

– În dragoste, ca în orice alt lucru, e important să fii tu însăţi. Femeile care simulează orgasmul pentru a face plăcere partenerului lor se plasează într-o situat e nefericită, acest lucru fiind în detrimentul lor. Aceste femei nu vor cunoaşte poate niciodată orgasmul, fiindcă bărbatul, chiar de bună-credinţă, nu va face vreodată efortul necesar să li-l ofere.

Fiecare femeie trebuie să-şi dezvolte sexualitatea, în funcţie de propriile nevoi. Rămâne în sarcina fiecăreia să-şi cunoască nevoite şi limitele, şi să ştie cum să ajungă la

propria împlinire.

CARE ESTE DIFERENŢA DINTRE ORGASMUL FEMININ ŞI ORGASMUL MASCULIN?

– La bărbaţi, orgasmul este adeseori repede atins. Chiar mult mai rapid decât ar dori-o mulţi dintre ei! De asemenea, el e de scurtă durată. Invers decât la femeie, care îl trăieşte mai mult timp, cu condiţia să fi fost excitată un timp mai îndelungat.

– După orgasm, bărbatul are o perioadă refractară mai lungă sau mai scurtă, pe când femeia, teoretic, e capabilă să aibă mai multe orgasme la rând.

Aceste diferenţe trebuie să fie cunoscute, pentru a înţelege şi adapta situaţiile în raport cu sexualitatea partenerului. Astfel, concret, bărbatul va trebui să-şi mângâie partenera mai mult, ştiind că pentru ea orgasmul se obţine într-un timp mai îndelungat şi de aceea, va face în aşa fel ca ea să-şi înceapă orgasmul înaintea lui. Majoritatea bărbaţilor consideră că a avea orgasmul deodată, este tot ce poate fi mai bine. Or, în acest caz, orgasmul bărbatului este deja terminat, când al femeii e de-abia la început. Oprirea bruscă a bărbatului determină la femeie un orgasm neterminat. Prin frustrarea pe care acesta o aduce după sine, un orgasm care se încheie

repede e mai rău decât absenţa orgasmului.

CE ESTE FRIGIDITATEA?

Psihologii şi sexologii folosesc acest termen cu prudenţă, fiindcă el reflectă incorect complexitatea sexualităţii feminine.

Pentru unii, „frigiditatea înseamnă absenţa dorinţei sexuale, pe când pentru alţii înseamnă absenţa plăcerii, mai ales imposibilitatea de a avea un orgasm, de orice fel ar fi el.

Femeia care nu are niciodată orgasm în timpul raportului sexual, dar căreia mângâierile partenerului său i-l pot aduce, sau care îl poate obţine prin masturbare, nu este absolut frigidă.

Frigiditatea poate surveni într-un anumit moment al existenţei, chiar şi după ce a existat o viaţă sexuală cu totul satisfăcătoare. În acest caz, de cele mai multe ori, ea este legată de o insatisfacţie datorată unei probleme psihologice.

Invers, se poate întâmpla ca frigiditatea să dispară datorită unui partener atent, care reuşeşte să o facă pe femeia până în acel moment blocată, să descopere plăcerile dragostei.

În cazul blocajului total este bine să se consulte un

psihoterapeut sau un sexolog, care va învăţa femeia, prin diferite tehnici, să-şi cunoască şi să-şi iubească propriul corp şi să-şi descopere propria sexualitate.

CARE SUNT CAUZELE FRIGIDITĂŢII?

Ele pot fi multiple şi, de cele mai multe ori, de natură psihologică, în principal, se manifestă prin:

Lipsa dorinţei

Dorinţa nu este imuabilă. Ea suferă nenumărate influenţe, care o stimulează sau din contră, o frânează. Aceste fluctuaţii ale dorinţei sunt naturale şi nu trebuie să ne neliniştească. Ele se pot produce în următoarele situaţii:

– În anumite perioade ale ciclului menstrual

– După o naştere, mai ales dacă a existat o epiziotomie

– Ca urmare a unui dezechilibru hormonal

– După o boală

– În perioade de oboseală sau de stres

– În perioade cu probleme profesionale, sau de griji

– În caz de depresie nervoasă, sau chiar de simplă deprimare

– Ca urmare a administrării unor medicamente cu

acţiune asupra sistemului nervos, ca cele destinate tratării depresiilor, hipertensiunii, sau unele somnifere.

Absenta dorinţei este, cel mai adesea, de ordin psihologic. Adesea ea este legată de o PROBLEMĂ A CUPLULUI!

– *Monotonia cotidiană,* care se instalează în dragoste după mai mulţi ani de căsătorie. Este necesar să fie pusă la contribuţie imaginaţia, ca dorinţa să fie stârnită mereu, cum, de asemenea, e nevoie ca cei doi să-şi ofere un răgaz, pentru a se regăsi.

– *Lipsa de tandreţe* omoară dragostea şi dorinţa, cu rapiditate. Un bărbat neatent, puţin preocupat să-şi arate afecţiunea, trezeşte puţin interes. Femeile sunt foarte sensibile la atenţia care li se acordă. Au nevoie să se simtă iubite şi dorite, ca să poată dori, la rândul lor. Dragostea care se rezumă la o simplă penetrare, fără mângâieri preliminare „nu are nimic atrăgător şi devine un act lipsit de orice plăcere şi, deci, lipsit de interes.

– *Problemele conflictuale* în cadrul cuplului sting orice dorinţă sexuală. Dacă ar fi vorba de o simplă „ciondăneală”, împăcarea ar putea fi chiar stimulatoare, dar dacă problema revine de mai multe ori, dorinţa va ajunge să se atenueze şi să dispară. Apare necesitatea de a fi reînnoit dialogul, într-un climat bun, afectiv, ca dorinţa

să poată fi regăsită.

Lipsa de încredere în sine

Teama de a nu fi la înălţime inhibă adesea sexualitatea. Această lipsă de încredere în sine este, de obicei, consecinţa unei educaţii rigide, care a împiedicat manifestarea impulsurilor erotice.

Ce este vaginismul?

Este vorba de o contracţie spasmodică şi involuntară a muşchilor care înconjoară vaginul. Penetrarea vaginală este, din această cauză, imposibilă.

Femeile care suferă de vaginism nu sunt de obicei frigide. Le plac mângâierile şi au orgasm, în urma stimulării clitorisului, dar nu suportă penetrarea şi raporturile sexuale sunt imposibile, chiar şi cu un bărbat animat de cea mai mare bunăvoinţă din lume.

Vaginismul are drept cauză probleme de ordin psihologic. Dacă aveţi chiar dumneavoastră această problemă, prezentaţi-vă mai întâi la un medic ginecolog, care vă va examina. Dacă nu descoperă o anomalie anatomică, va trebui să consultaţi un psiholog, care vă va ajuta să înţelegeţi cauzele atitudinii dumneavoastră. Oricum, nu fiţi indiferentă faţă de această problemă,

deoarece ea nu se va rezolva singură şi vă va perturba întreaga existenţă.

Care poate fi originea unei dureri simţite în cursul raportului sexual?

Durerea simţită în cursul raportului sexual poartă numele de *dispareunie.* Ea poate fi superficială sau din contră profundă, localizată în partea de jos a pântecului.

Dispareunia superficială

Durerea apare de la începutul penetrării vaginale. Ea poate avea diverse cauze:

– O penetrare fără excitaţie prealabilă

– O infecţie locală, datorată dezvoltării unui germen sau a unei ciuperci; vulva, foarte roşie şi iritată, e foarte dureroasă la penetrare, lucru de altfel contraindicat în această situaţie

– O alergie la un spermicid; este adesea suficient, în aceste cazuri, să se schimbe marca anticoncepţionalului

– Varice vulvare, care pot să apară episodic datorită unei proaste circulaţii, mai ales în cursul sarcinii

– Herpesul genital

– O epiziotomie incomplet cicatrizată

– Uscăciunea vaginală.

Dispareunia profundă

Durerea se situează la partea de jos a abdomenului, în adâncime. Cauzele pot fi:

– *Sistemul ligamentar suspensor* al uterului poate fi bruscat în timpul raportului sexual de către penis care, în funcţie de poziţie, se poate lovi de col; de asemenea ligamentele ar putea fi afectate în cursul unei naşteri dificile

– *O infecţie ginecologică,* cum ar fi inflamaţia trompelor (salpingită), a mucoasei uterine (endometrită), un chist ovarian sau un fibrom, care fac raporturile sexuale dureroase.

Orice durere resimţită în cursul raporturilor sexuale trebuie semnalată medicului ginecolog, care îi va cerceta cauzele. Până la rezolvarea problemei, e preferabil să-i spuneţi simplu partenerului despre ce e vorba, pentru ca el să înţeleagă şi să se abţină pentru o vreme. Raporturile dureroase pot conduce la crearea unui reflex psihic de refuz al sexului, greu de uitat după aceea.

Care sunt cauzele uscăciunii vaginale?

Lipsa lubrifierii pereţilor vaginali face penetrarea penibilă.

Secreţiile vaginale apar în diverse situaţii:

– Încă de la începutul stimulării sexuale, fie că este senzuală sau directă, vaginul va fi lubrifiat de un lichid care provine prin filtrare, din vasele de sânge care se găsesc în pereţii vaginali, aceasta fiind sursa principală a lubrifierii

– În cursul excitării, glandele lui Bartholin situate la intrarea în vagin produc şi ele o secreţie

– În mijlocul ciclului menstrual, secreţia glerei cervicale destinate să uşureze ascensiunea spermatozoizilor; ea este mai groasă, vâscoasă, asemenea albuşului de ou. Toate aceste secreţii sunt manifestări ale dorinţei sexuale. Ele pregătesc vaginul să primească penisul

Secreţiile vaginale depind direct de estrogenii ovarieni. Orice scădere a acestora, ca urmare a unei influenţe fizice sau psihologice, se resimte asupra umidităţii vaginale.

Cauzele fizice

Sunt cele mai numeroase. În aceste cazuri, uscăciunea vaginală este adesea trecătoare:

– După o naştere

– În anumite perioade ale ciclului menstrual

– Ca reacţie ia o pilulă cu dominanţă progestativă

– Ca urmare a unei mari oboseli generale

– După raporturi sexuale prea frecvente

– Ca o consecinţă a toaletelor vaginale profunde, cu produse antiseptice care destabilizează flora vaginală

– După menopauză, în acest caz uscăciunea vaginală instalându-se definitiv prin încetarea funcţiilor ovariene.

Cauzele psihologice

Ele sunt relativ frecvente. Uscăciunea vaginală este, în acest caz, manifestarea clinică a unor probleme profunde:

– Absenţa dorinţei

– Frica de sexualitate

– Lipsa de încredere în sine

– Conflicte afective.

Toate cauzele uscăciunii vaginale se pot trata uşor, aşa că nu lăsaţi să se instaleze o uscăciune vaginală fără a-i vorbi despre ea medicului. Tema de o penetrare dificilă şi dureroasă nu favorizează lubrifierea, ci din contră. După ea se instalează un blocaj psihic, care trebuie înlăturat cât mai repede.

Dacă uscăciunea vaginală nu se datorează unei deshidratări temporare pricinuite de tampoanele periodice

schimbate prea des, sau unor raporturi sexuale prea frecvente, medicul trebuie să-i examineze cauza.

El ar putea să vă prescrie o pilulă cu mediu estrogenic, dacă e de părere că aceasta ar rezolva problema. În cazul unei uscăciuni datorate menopauzei, veţi începe, pe cât e posibil, un tratament de substituţie.

Numeroase creme şi geluri, care pot fi găsite în farmacii fără reţetă, permit compensarea unei lubrifieri insuficiente.

SEXUALITATEA ADOLESCENTEI

Dacă vârsta medie a primelor raporturi sexuale a scăzut, atât pentru fete cât şi pentru băieţi, ea nu este totuşi atât de scăzută cum se obişnuieşte să se spună. Se situează între 16 şi 17 ani, dar aproape jumătate din fetele de 18 ani sunt încă virgine.

La adolescentă, primul raport sexual nu este o simplă experienţă, înainte de toate, este consecinţa unei iubiri pe care ea o nutreşte pentru un băiat. E momentul dorit şi temut în acelaşi timp, ştiind că, odată cu el va deveni femeie. Acel moment reprezintă deci intrarea ei în viaţa adultă.

Prima relaţie sexuală este, pentru adolescentă, un moment de emoţie foarte intensă, chiar dacă teama o

împiedică să aibă o plăcere senzuală completă.

ESTE NORMAL „SĂ TE UZI” CÂND FLIRTEZI CU UN BĂIAT?

– Da, cu totul normal. Cuprinsă de dorinţă şi de excitaţie sexuală, pereţii vaginali secretă un lichid care are funcţia de a lubrifia vaginul pentru a uşura penetrarea penisului. Este vorba deci, de un mecanism reflex.

EXISTĂ PLĂCERE LA PRIMUL RAPORT SEXUAL?

Există, dar e una temperată, deoarece plăcerea datorată excitaţiei este însoţită de teama faţă de prima penetrare. Senzaţiile noi şi emoţia intensă dau naştere unei plăceri deosebite pentru acel moment, dar foarte diferită de plăcerea simţită de femeia mai experimentată.

De fapt, primul raport este adeseori decepţionant pentru tânără, atunci când partenerul este un băiat de vârsta ei, aşa cum se petrec lucrurile în 90 % din cazuri. Lipsa lui de experienţă în dragoste, necunoaşterea femeii, atât pe plan anatomic, cât şi pe plan psihologic, graba, lipsa de control, nu reuşesc să facă o capodoperă din această primă experienţă.

Cu toate acestea, amintirea ei va rămâne

emoţionantă, dacă hotărârea a izvorât din dragoste. Acesta e punctul cel mai important. Prima experienţă trebuie să fie rezultatul iubirii. Dacă hotărârea se ia sub presiune, ca de pildă de teama de a-ţi pierde prietenul, sau pentru a face ca alte fete, sau doar pentru a-ţi afirma independenţa faţă de familie, această primă experienţă va fi deosebit de tristă, şi nu va aduce nici plăcerea, nici satisfacţiile scontate.

Această „prima dată" nu este un lucru banal. Trebuie să vă gândiţi dinainte la ea, pentru a lăsa să crească dorinţa. Cu cât dorinţa va fi mai intensă, cu atât plăcerea va fi mai mare.

Nu cedaţi de la început ci, din contră, lăsaţi-vă dorită. În această perioadă de trezire a sexualităţii, lăsaţi-vă mângâiată de iubitul dumneavoastră. Descoperiţi-vă împreună trupurile şi senzaţiile pe care ele vi le pot oferi. O anumită înşiruire a dezmierdărilor vă va duce în mod firesc la acea clipă când veţi deveni femeie.

CE SE ÎNŢELEGE PRIN VIRGINITATE?

Virgina este o tânără care nu a avut încă un contact sexual cu un bărbat. Himenul, în acest caz, este intact. Trebuie totuşi să notăm că o virgină poate avea şi un himen slăbit, relaxat. Este cazul tinerelor care fac mult

sport, sau folosesc cu regularitate tampoane intravaginale în timpul menstruaţiei.

Virginitatea nu mai are valoarea care i se acorda în trecut, cel puţin în ţările occidentale.

CE SE ÎNŢELEGE PRIN DEFLORARE?

Deflorarea este pierderea virginităţii. Ea se traduce prin destinderea sau ruperea himenului.

Deflorarea nu este realmente dureroasă, dacă prietenul dumneavoastră se arată blând şi răbdător. El va avea grijă să vă excite prin mângâieri şi vă va pregăti, introducând degetele în vagin. Cu cât dorinţa va fi mai mare, cu atât durerea va fi mai mică. După prima penetrare veţi mai simţi durere probabil timp de câteva zile. Va merge mult mai bine data următoarei

SE SÂNGEREAZĂ ÎNTOTDEAUNA ÎN MOMENTUL DEFLORĂRII?

Nu este obligatoriu. Dacă despicătura himenului este lărgită de practicarea unui sport, ori s-au folosit cu regularitate tampoanele intravaginale, introducerea penisului cu blândeţe poate să-l lărgească mai mult, fără a se produce rupturi.

Jocurile amoroase cu introducerea progresivă a

degetelor, repetate de mai multe ori înaintea penetrării, evită, în general, o sângerare în acel moment.

Când orificiul himenului este foarte strâmt, introducerea penisului provoacă deşirarea lui uşoară, rezultând mici pierderi de sânge, care încetează spontan după câteva minute. Doar în cazuri excepţionale, sângerarea este abundentă. În acest caz, trebuie aplicat un tampon la intrarea în vagin pentru a opri hemoragia.

TAMPOANELE INTRAVAGINALE POT RUPE HIMENUL?

Folosirea regulată a tampoanelor intravaginale duce, în cele din urmă, la lărgirea orificiului himenului.

DAR SPORTUL?

Dansul, echitaţia, precum şi toate celelalte sporturi care cuprind alergări şi sărituri pot provoca o ruptură de himen.

CE SE POATE SPUNE DESPRE O ADOLESCENTĂ CARE SE MASTURBEAZĂ?

Există un moment când fata manifestă un interes deosebit faţă de organele sale genitale. Adeseori, acesta se manifestă prin masturbare.

Impulsul sexual care împinge adolescenta să se masturbeze este foarte puternic. Pentru ea, acesta este mijlocul prin care face cunoştinţă cu corpul ei şi prin care descoperă, puţin câte puţin, plăcerea pe care el i-o poate oferi. A culpabiliza o adolescentă care se masturbează e grav, fiindcă ea va continua având în plus şi un sentiment de vinovăţie. Dacă îşi reprimă puţin câte puţin dorinţele, riscă să aibă o viaţă sexuală perturbată, la vârsta adultă.

SEXUALITATEA DUPĂ CINCIZECI DE ANI

Pentru o femeie, vârsta de patruzeci de ani este una a deplinei înfloriri sexuale. Femeia îşi cunoaşte corpul, ştie ce îi face plăcere şi nu mai ezită în a-şi exprima dorinţele. Rolul ei în înflorirea sexualităţii cuplului este atunci esenţial, deoarece bărbatului aflat la aceeaşi vârstă – preocupat de viaţa sa profesională – apetitul sexual îi scade.

Femeia la 40 de ani nu-şi poate permite să rămână pasivă, aşteptând ca dorinţa partenerului să se manifeste, cum se întâmpla la 20 de ani. Ea nu trebuie să se teamă să ia iniţiativa de a-şi stimula erotic partenerul şi trebuie să participe activ la actul dragostei. Este vremea când jocurile sexuale îşi intră pe deplin în rol, dar când şi răgazurile pe care şi le oferă fiecare sunt esenţiale pentru

cuplu.

Cincizeci de ani nu înseamnă deloc încetarea vieţii sexuale. Departe de aceasta. Impulsurile sexuale, nevoia de mângâieri drăgăstoase, continuă să existe şi acum.

CE SE ÎNTÂMPLĂ CU DORINŢA SEXUALĂ DUPĂ MENOPAUZĂ?

Dacă dorinţa sexuală are tendinţa să se diminueze de-a lungul anilor, ea persistă totuşi, întreaga viaţă, chiar şi după menopauză.

Secreţiile hormonale, secătuite, influenţează, desigur, libidoul, dar, în această perioadă a vieţii, obişnuinţele sexuale, precum şi contextul psihologic şi afectiv, pot avea un rol compensator. O femeie care a avut o sexualitate bună toată viaţa, va avea aceeaşi dorinţă după menopauză ca şi înainte.

Invers, când un cuplu s-a obişnuit să facă dragoste din când în când, fără prea mult entuziasm, femeia, care nu e încercată de prea multă dorinţă, foloseşte pretextul menopauzei pentru a-şi motiva dezinteresul complet faţă de acest aspect.

Tratamentul hormonal de substituţie ameliorează scăderea libidoului, dar nu rezolvă problema. Totul depinde de apetitul pentru sexualitate al femeii care

beneficiază de el.

În menţinerea dorinţei sexuale a femeii după menopauză, intervine mult imaginea pe care ea şi-o formează despre ea însăşi. Dacă se simte în inferioritate faţă de partenerul ei, dacă s-a îngrăşat şi îi este brusc ruşine de corpul ei, va avea faţă de sexualitate o atitudine de retragere, datorată acestui complex. De unde derivă şi importanţa de a veghea asupra menţinerii unei bune forme, în toată perioada de perimenopauza. Dieta, îngrijirea pielii şi, de ce nu, chirurgia estetică sunt făcute pentru a vă sări în ajutor la nevoie.

CARE SUNT OBSTACOLELE ÎN CALEA RAPORTURILOR SEXUALE DUPĂ MENOPAUZĂ?

Lăsând deoparte scăderea libidoului, neajuns care poate fi evitat datorită unui context psihologic favorabil, cele mai importante probleme rămân cele de natură fizică: organele, irigate mai puţin, răspund mai slab la stimuli; excitaţia este mai înceată; orgasmul, la care se ajunge mai greu, e mai puţin intens, iar contracţiile determinate de el, mai puţine; perioada de recuperare dintre două orgasme devine din ce în ce mai lungă.

Uscăciunea vaginală e problema fizică cea mai

importantă. Secreţiile hormonale ovariene încetând, vaginul se usucă şi îşi pierde supleţea.

La început, uscăciunea apare la intrarea în vagin şi este jenantă în momentul penetrării. Apoi, cu timpul, ea se întinde în tot vaginul, intervalul în care se instalează variind de la o femeie la alta. Acesta se strânge, devine dureros şi, în final, impenetrabil.

Uscăciunea vaginală nu este o fatalitate. Ea poate fi ameliorată cu ajutorul unui gel lubrifiant sau cu un tratament hormonal local. Acesta constă în aplicarea timp de două-trei zile pe săptămână, seara, a unei creme cu estrogeni, la intrarea în vagin, urmată de introducerea, în fundul vaginului, a unor pastile cu estrogeni.

Independent de tratamentul hormonal substitutiv al menopauzei, care atenuează vizibil aceste probleme, relaţiile sexuale regulate întreţin supleţea şi lubrifierea vaginului, ca de altfel şi plăcerea mai mare, prin stimularea hormonală pe care ele o antrenează.

Plăcerea sexuală este indispensabilă bunului echilibru psihic al femeii care se va simţi, astfel, o femeie împlinită.

SARCINA

Sarcina este un moment minunat în viaţa unei femei.

Trupul şi spiritul ei sunt în întregime mobilizate de noua viaţă pe care o simte pulsând în ea.

Cele nouă luni de aşteptare sunt sursa unei mulţimi de întrebări, întrebări pe care femeia şi le pune chiar dinainte de a fi însărcinată, lată răspunsul la câteva dintre ele.

CUM TREBUIE SĂ PROCEDAŢI PENTRU A RĂMÂNE ÎNSĂRCINATĂ?

Dacă luaţi pilule anticoncepţionale, încetaţi administrarea lor cu două-trei luni înainte de data aleasă pentru începerea sarcinii. Aceasta pentru ca ciclurile hormonale, blocate de pilulă, să-şi reia ritmul lor normal. Între timp, folosiţi ca mijloace de contracepţie spermicide sau prezervative.

Faceţi dragoste mai des în perioada de ovulaţie, deci de fecundare. Ea se situează:

– Pentru un ciclu normal de 28 de zile, între a 14-a şi a 17-a zi numărate din prima zi a ciclului anterior

– Pentru un ciclu scurt de 22 de zile, între a 8-a şi a 11-a zi

– Pentru un ciclu lung de 35 de zile, din a 21-a până în a 24-a zi.

După contactul sexual nu faceţi niciun fel de toaletă

vaginală. Rămâneţi culcată încă cel puţin o jumătate de oră.

DUPĂ CE SEMNE PUTEM REPERA MOMENTUL OVULAŢIEI?

Dacă ciclul dumneavoastră este regulat, fie că este normal, scurt sau lung, puteţi cunoaşte perioada dumneavoastră de ovulaţie. Mai multe semne pot să vă indice că ea urmează să aibă ioc efectiv:

– O tensiune a sânilor datorată producerii importante de estrogeni, care precedă eliberarea unui ovocit

– O durere uşoară la nivelul ovarului, la stânga sau la dreapta

– Prezenţa, la nivelul vaginului, a unui mucus incolor şi inodor, produs de celulele colului uterin, abundent între a 10-a şi a 14-a zi a ciclului, care constituie un mediu optim pentru spermatozoizi; graţie acestuia, ei pot pătrunde în interiorul uterului şi pot urca spre ovocit, pentru a-l fecunda

– O eventuală mică sângerare.

Exista metode sigure pentru a detecta ovulaţia?

Dacă ciclurile vă sunt neregulate, ovulaţia este şi ea neregulată. Pentru a o repera, veţi putea folosi două

metode eficiente, care vă vor indica momentul în care se produce.

Curba de temperatură

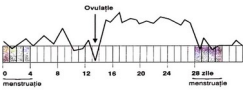
Curba de temperatură a unui ciclu menstrual se situează, într-o primă parte, deasupra temperaturii de 37°.

Când ciclul este normal, de 28 de zile, o scădere de temperatură apare brusc, în a 14-a zi. Acesta este momentul ovulaţiei. Începând cu a doua zi, temperatura creşte din nou, pentru a depăşi 37° două zile mai târziu. Această a doua parte a curbei, care se numeşte *platoul termic,* se va menţine deasupra temperaturii de 37° până în ajunul menstruaţiei, adică din a 11a până în a 14-a zi.

Ovulaţia are loc deci în cele trei zile care precedă platoul termic, exact în ziua punctului cel mai scăzut al temperaturii. Aceasta înseamnă că nu cunoaştem data exactă a ovulaţiei, decât atunci când ea se produce. Această metodă se dovedeşte deci utilă dacă doriţi o sarcină; ea este însă ineficace ca mijloc de contracepţie.

– Dacă are loc fecundaţia, temperatura rămâne superioară celei de 37°, în timpul primelor două luni ale sarcinii.

– Dacă graficul se aplatizează, temperatura rămânând constantă, înseamnă că nu a avut loc eliberarea ovocitului. Se vorbeşte, în acest caz, de *ciclu anovulatoriu.*



Variaţiile temperaturii în cursul ciclului menstrual

– În 20% din cazuri, însă, acest grafic este greu de interpretat şi deci irelevant.

Pentru a obţine o curbă de temperatură corectă, trebuie să:

– Vă luaţi temperatura rectală în fiecare dimineaţă la aceeaşi oră, înainte de a vă ridica din pat

– Începeţi în prima zi a menstruaţiei, ceea ce corespunde primei zile a ciclului; după trei luni, în cazul în care curbele de temperatură sunt regulate, puteţi renunţa la măsurarea temperaturilor zilnic şi să începeţi trasarea curbei doar din a 10-a zi

– Notaţi toate micile evenimente care pot modifica temperatura: trezire, temperatura luată mai târziu, mici infecţii.

Testele

Există teste pentru depistarea ovulaţiei, vândute în farmacii. Este vorba de nişte fâşii de hârtie impregnate cu

un reactiv care se îmbibă cu urina recoltată dimineaţa. Dacă fâşia se colorează în albastru, înseamnă că ovulaţia va avea loc în următoarele 24 sau 36 de ore.

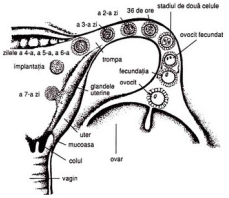
Asemenea teste sunt bazate pe creşterea nivelului hormonului LH, a cărui secreţie declanşează ovulaţia, şi care se regăseşte în urină.

pilula poate duce la sterilitate?

N**u**, este imposibil. După ce nu mai luaţi pilula, revenirea fecundităţii poate lua ceva timp, atâta tot. Este suficient să aşteptaţi reapariţia ciclurilor ovulatorii.

Pentru planificarea unei sarcini, trebuie oprită administrarea pilulei cu mult timp înainte?

Este mai bine să aşteptaţi două sau trei cicluri, dar dacă se întâmplă ca sarcina să se instaleze imediat după oprirea pilulei, nu există niciun pericol pentru copil. S-au făcut studii pe mii de femei şi nu au apărut mai multe malformaţii la copii, decât la cele care n-au folosit-o.



FECUNDAŢIA

Se întâmplă frecvent ca o sarcină să întârzie să se declanşeze la o femeie care a folosit pilula timp de mai mulţi ani. Sistemului endocrin îi trebuie ceva timp, ca să iasă din „somnul” provocat de pilulă.

Cum are loc fecundaţia?

Fecundaţia este unirea ovocitului cu spermatozoidul. Ea se petrece în trompă.

În cursul ovulaţiei, un ovar eliberează, la suprafaţa lui, un ovocit; el este imediat captat de franjurii pavilionului trompei. Ovocitul, care nu se poate mişca singur, pluteşte în fluidul trompei şi avansează lent în direcţia uterului, datorită mişcărilor conjugate ale pereţilor musculari ai trompei şi ondulaţiilor cililor vibratili care îi căptuşesc interiorul.

Ajuns în treimea externă a trompei, ovocitul se opreşte şi aşteaptă spermatozoizii, dacă aceştia nu sunt deja acolo. El poate aştepta acolo între 12 şi 24 de ore până la fecundaţie.

În acest timp, spermatozoizii depuşi în vagin în timpul actului sexual trec prin canalul colului uterin, traversează uterul şi ajung în trompe.

Un singur spermatozoid pătrunde în ovocit. Fuziunea

celulei femeieşti cu celula bărbătească dă naştere primei celule a viitorului bebeluş. Această primă celulă începe imediat să se dividă. Oul constituit astfel migrează lent spre interiorul trompei în direcţia uterului, continuându-şi multiplicarea celulară. El ajunge la destinaţie la aproximativ 4 zile după fecundaţie.

Odată ajuns în uter, oul se cuibăreşte în mucoasa uterină, în jurul zilei a 7-a.

În acest moment, încă nu puteţi şti dacă sunteţi însărcinată. Sunteţi în a 21-a zi a ciclului.

CE ÎNSEAMNĂ SARCINĂ EXTRAUTERINĂ?

Este implantarea şi dezvoltarea oului în afara cavităţii uterine.

În cursul migraţiei sale din trompă spre uter, oul poate fi oprit de vreun obstacol. El se implantează atunci în mucoasa trompei şi îşi continuă acolo dezvoltarea. Vasele sanguine ale acesteia intră în contact cu el, pentru a-l hrăni. Acest lucru poate dura 2,3, chiar 4 săptămâni, până când trompa, întinsă excesiv, sfârşeşte prin a se rupe, antrenând după sine o gravă hemoragie internă.

Obstacolul din trompă se poate datora unei malformaţii congenitale, însă, cel mai adesea, el este rezultatul unei infecţii a trompelor (salpingită) care a lăsat

aderenţe cicatriceale.

CE INDICII VĂ POT FACE SĂ VĂ GÂNDIŢI CĂ AŢI AVEA O SARCINĂ EXTRAUTERINĂ?

Când sarcina nu a fost programată, tânăra, care nu ştie că este însărcinată, nu dă întotdeauna atenţie tulburărilor care pot apărea.

– **Sângerări închise la culoare,** care duc cu gândul la menstruaţie. Este vorba despre mucoasa uterină, care sângerează puţin, fără a fi complet eliminată. O femeie cu cicluri normale ar trebui să se neliniştească şi să se prezinte la medic imediat ce apar astfel de hemoragii.

– **Sângerări în afara perioadei menstruaţiei.** Trebuie să vă prezentaţi la medic, indiferent care-ar fi cauza unor astfel de sângerări.

– **Durerile** de pântec într-o singură parte, puternice sau nu, însoţite sau nu de tulburări digestive.

Dacă absenţa menstruaţiei şi dozarea hormonului gonadotrofină corionică în sânge indică o sarcină, doar o durere pelviană anormală şi persistentă pot să vă determine să vă gândiţi la o sarcină extrauterină.

În acest caz, se face o ecografie a uterului şi a trompei.

Este posibil să influenţăm norocul şi să alegem sexul copilului?

Ovocitele posedă un singur fel de cromozomi sexuali: X. Spermatozoizii sunt de două feluri: unii au cromozom X, alţii Y.

Când un spermatozoid fuzionează cu ovocitul în cursul fecundaţiei, viitorul bebeluş va fi fetiţă sau băiat, în funcţie de legile hazardului.

Ovocit + spermatozoid = bebeluş X + X = fetiţă X + Y = băiat

Se nasc tot atâtea fete cât şi băieţi, ceea ce înseamnă că şansele de a avea băiat sau fetiţă sunt egale. Metodele care încearcă să influenţeze hazardul nu şi-au demonstrat niciodată reala lor eficacitate.

– Spermatozoizii Y sunt mai rapizi, dar mai fragili decât cei cu cromozomi X. Dacă aveţi un raport sexual în ajunul zilei în care se produce ovulaţia, spermatozoizii Y vor fi deja acolo, însă riscă să fie degeneraţi până când ovocitul va ajunge şi el la locul fecundaţiei.

Deducem de aici că, dacă dorim un băiat, ar trebui să avem un raport sexual cât mai aproape de momentul ovulaţiei.

– Sperma care conţine spermatozoizii este un mediu alcalin. Datorită faptului că aciditatea îi distruge, durata

lor de viaţă va depinde de natura mediului vaginal.

Dacă acesta este mai alcalin, spermatozoizii Y au şansa să „câştige” şi veţi avea un băiat; dacă este acid, doar spermatozoizii X vor rezista, şi veţi avea o fetiţă.

În practică, femeile au mai fost sfătuite, însă fără vreo garanţie, să-şi facă înaintea raportului sexual o spălătură vaginală cu bicarbonat de sodiu diluat în apă, pentru a avea un băiat, şi cu oţet diluat în apă dacă îşi doresc o fată.

– De câţiva ani se practică şi metoda bazată pe un regim alimentar care are ca scop influenţarea compoziţiei mediului de primire al viitoarei mame: bogat în sare şi sărac în potasiu, pentru a avea un băiat; fără sare şi bogat în calciu şi magneziu, pentru a avea o fată.

Acest regim trebuie urmat foarte strict, începând cu cel puţin 4 luni înaintea concepţiei. Datorită complexităţii unui asemenea regim, sunt puţine femeile care îl practică.

Cum puteţi şti foarte repede că sunteţi însărcinata?

– *Absenţa menstruaţiei este* semnul cel mai evident care indică posibilitatea unei sarcini.

Dacă aveţi sângerări, nu eliminaţi, totuşi, eventualitatea de a fi însărcinată. Ele pot fi provocate de

eroziunea vaselor sanguine ale mucoasei uterine în timpul implantării oului.

– Dacă nu aveţi răbdare să aşteptaţi menstruaţia, faceţi un *test de sarcină.*

Aceste teste se pot găsi în farmacii. Acţiunea lor se bazează pe prezenţa unui hormon secretat de ou şi prezent în urină.

Noile teste pot să vă indice dacă sunteţi însărcinată, cu trei zile înainte de data presupusă a menstruaţiei. Să ştiţi totuşi că, dacă testul dumneavoastră este pozitiv, nu înseamnă neapărat că sunteţi însărcinată. Există posibilitatea să fi avut loc, într-adevăr, fecundaţia, începutul implantării să fi avut şi el loc şi, totuşi, menstruaţia să apară din nou. Atenţie la speranţele false pe care le dau testele făcute prea repede.

Veţi face un nou test de sarcină după a 10-a zi de întârziere a ciclului. Dacă este pozitiv, de această dată puteţi fi sigură că e vorba de o sarcină.

Care sunt primele manifestări ale sarcinii?

După doar o săptămână de întârziere a menstruaţiei, sunteţi deja în a treia săptămână de sarcină. Viitorul dumneavoastră copil are deja o inimă care

bate! Semnele graviditățiı sunt încă minime: sânii tensionaţi, nervozitate şi oboseală.

La două săptămâni de întârziere a menstruaţiei, sunteţi în a 4-a săptămână de sarcină. Semnele graviditățiı încep să se manifeste cu adevărat:

– Temperatura matinală rămâne peste 37°, păstrându-se la acest nivel până în luna a 4-a

– Sânii sunt umflaţi şi dureroşi; pielea întinsă lasă să se vadă reţeaua venoasă; pot apărea senzaţii de furnicături la nivelul mamelonului, care este mult mai proeminent; areola înconjurătoare se modifică şi ea, devenind mai bombată, mai largă şi mai închisă la culoare, iar glandele mici, numite glandele lui Montgomery, care sunt presărate pe ea, capătă relief

– Îşi fac apariţia greţurile, mai ales dimineaţa, la trezire, putând da chiar vomismente; în general, apetitul scade şi digestiile sunt greoaie

– Perturbările de somn se manifestă fie prin insomnii, fie prin dorinţa de a dormi peste zi

– Nevoia de a urina devine mai frecventă, ea datorându-se presiunii uterului asupra vezicii

– Pot deveni evidente, lipsa de antren şi irascibilitatea. Toate aceste senzaţii neplăcute sunt semne ale transformării care are loc în corpul dumneavoastră.

După câtva timp, când graviditatea e bine instalată, acestea se vor atenua.

Apar menstruaţii când eşti însărcinată?

Nu, pentru că menstruaţiile constau în eliminarea mucoasei uterine, care se pregăteşte în fiecare lună să adăpostească oul fecundat. Când fecundaţia n-a avut loc, mucoasa nu-şi mai are rostul.

Când oul este fecundat, el se implantează în mucoasă, care urmează să-l hrănească până la formarea placentei. În consecinţă, nu există menstruaţii, pe toată durata sarcinii.

Cum evoluează sânii în timpul sarcinii?

Glanda mamară îşi capătă structura definitivă în cursul sarcinii, deoarece, în mod logic, trebuie să urmeze lactaţia.

– Din cea de-a treia săptămână după fecundaţie, ceea ce nu reprezintă decât o săptămână de întârziere a menstruaţiei, modificările sânilor sunt deja foarte vizibile. Ei sunt mai mari, mai tari şi foarte sensibili la atingere. Pigmentarea mamelonului se accentuează, în timp ce glandele lui Montgomery se dezvoltă şi ies în relief pe areolă.

– În prima jumătate a sarcinii, canalele galactofore se înmulţesc. Extremităţile lor se umflă într-un fel de băşici scobite numite ACINI.

Acinul reprezintă partea secretoare a glandei. El este format din celule – celule acinoase – care vor deveni funcţionale la sfârşitul sarcinii, secretând componenţii laptelui.

În paralel, ţesutul conjunctiv şi ţesutul adipos, situate între lobi, se diminuează considerabil, lăsând loc acinilor secretori. Vascularizarea sanguină creşte, lăsând să se vadă pe suprafaţa sânului o reţea de vinişoare albăstrii.

– Spre mijlocul sarcinii, înmulţirea acinilor devine mai lentă. Sânii ating un volum care va rămâne neschimbat până la sfârşitul sarcinii.

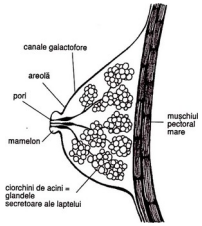
Sub acţiunea unui hormon – prolactina – celulele acinoase secretoare încep să elibereze un lichid bogat în proteine şi sărac în lipide: colostrul. Acesta e secretat în cavitatea centrală a acinilor, unde se şi acumulează. El poate să se scurgă uşor prin canalele galactofore, în cursul ultimului trimestru de sarcină.

Dacă nu aveţi grijă, da. Încă de la începutul sarcinii, glanda mamară se va dezvolta şi veţi ajunge foarte repede să fiţi nevoită să schimbaţi mărimea sutienului. Spre cea

de-a treia lună, creşterea glandei se opreşte, pentru a se manifesta din nou spre sfârşitul sarcinii. În acest stadiu, sânii pot atinge dublul sau chiar triplul volumului lor obişnuit.

Tot timpul sarcinii, pielea care îi susţine este deci suprasolicitată şi, în caz de neglijenţă, sânii se pot degrada iremediabil.

Sarcina deteriorează sânii?



SÂNUL PREGĂTIT PENTRU LACTAŢIE

Pentru a avea şi după sarcină sânii dinainte trebuie ca, **încă de la începutul sarcinii:**

– Să purtaţi zi şi noapte un sutien care să ţină ferm sânii, fără a-i presa, în aşa fel încât pielea să nu se relaxeze

– Să ungeţi cu regularitate sânii cu ulei de migdale, sau cu un produs specific anti-vergeturi, cu toate că eficacitatea acestora este uneori contestată. Totuşi, pielea astfel tratată va fi mai suplă şi va reacţiona mai bine la

întinderea provocată de dezvoltarea glandei, care provoacă vergeturile – adică fisurile ţesutului elastic. Vergeturile nu sunt neapărat o caracteristică a sarcinii, apariţia lor depinzând, în special, de calitatea pielii.

O femeie seropozitivă pentru virusul sida riscă să aibă un copil contaminat?

În Pentru copil, riscul de contaminare este de 30 %.

Contaminarea are loc în cea de-a 13-a săptămână de sarcină, virusul fiind capabil să treacă prin peretele placentei.

La naştere, toţi copiii mamelor seropozitive sunt la rândul lor seropozitivi, deoarece anticorpii anti-HIV ai mamei au trecut prin placentă.

– La 70 % dintre copii, anticorpii vor dispărea într-un interval de 8 – 9 luni după naştere, fiind vorba exclusiv de anticorpii mamei.

– La ceilalţi, nivelul anticorpilor nu va scădea în timp, fiind vorba de propriii lor anticorpi. Acest lucru înseamnă că au fost şi ei infectaţi.

Mai mult de jumătate dintre aceşti copii vor muri înaintea vârstei de doi ani. Ceilalţi vor prezenta complicaţii nervoase grave, declanşarea bolii fiind, de asemenea, iminentă.

CE SE ÎNŢELEGE PRIN INCOMPATIBILITATEA FETO-MATERNĂ ÎN SISTEMUL RHESUS (sau Rh)?

Vorbim de incompatibilitate Rhesus între mamă şi făt, atunci când mama este Rhesus (-), iar fătul Rhesus (+), lucru care se petrece la circa 15 % din populaţie.

Incompatibilitatea Rhesus nu se manifestă de la primul copil, ci abia de la al doilea.

La prima sarcină, globulele roşii ale fătului Rh (+) trec în circulaţia maternă în timpul remanierii placentare din luna 4-a, şi mai ales în momentul delivrenţei, când placenta se desprinde. În acel moment, antigenul purtat de globulele roşii ale copilului va provoca formarea în sângele mamei a anticorpului anti-Rhesus (+). Acest lucru nu are nicio consecinţă asupra sănătăţii mamei.

Problema apare în cursul unei a doua sarcini, cu noul făt Rh (+). Anticorpii anti-Rhesus (+), proveniţi de la primul copil şi prezenţi în sângele mamei, traversează placenta şi se fixează pe globulele roşii ale noului făt, alterându-le. Aceasta este cauza bolii hemolitice a nou-născutului. Ea se manifestă sub forma unei anemii severe, sau a unor afecţiuni grave ale ficatului şi splinei, care pot duce la moartea fătului sau a nou-născutului.

Nu trebuie să se ajungă la aceste situaţii extreme,

deoarece există un tratament preventiv al incompatibilităţii feto-materne. El constă în injectarea mamei după fiecare naştere, şi chiar la fiecare avort spontan, cu anticorpi care să neutralizeze antigenele prezente, înainte de a începe o sarcină nouă.

Ce conduită să avem încă de la începutul sarcinii?

– Trebuie să vă cunoaşteţi factorul Rhesus, dar şi pe cel al tatălui copilului. Dacă sunteţi Rh (-) şi tatăl Rh (+), medicul care urmăreşte mersul sarcinii vă va trece acest lucru în dosar.

La naşterea copilului, i se va verifica factorul Rh. Dacă este Rh (+), vi se va face imunizarea prin gamaglobuline şi nu veţi avea nicio problemă la un al doilea copil.

– Să atrageţi atenţia medicului dacă aţi avut vreodată o transfuzie de sânge.

CE PRECAUŢII TREBUIE LUATE CHIAR LA ÎNCEPUTUL SARCINII?

În timpul primei luni de sarcină, viitorul copil îşi formează aproape toate ţesuturile şi organele. În această perioadă, este foarte sensibil la agenţii care pot determina

apariţia anomaliilor.

Trebuie să aveţi în vedere o serie de factori ca:

Razele X

Refuzaţi orice examen radiologic în această perioadă.

Medicamentele

Evitaţi, pe cât posibil, orice tratament medicamentos. Anumite medicamente sunt benigne, dar altele pot fi periculoase la începutul sarcinii. De asemenea, nu vă trataţi singură. Consultaţi medicul ori de câte ori aveţi o problemă, cât de mică. El cunoaşte lista medicamentelor care trebuie evitate.

Respiraţia şi manipularea produselor toxice

Fiţi atente cu anumite produse de uz curent, ca: solvenţi, vopsele, lacuri. Nu folosiţi pesticide şi, în general, evitaţi orice produse chimice care se prezintă sub formă de sprayuri, sau alte recipiente care pulverizează, şi care pot fi deci uşor inhalate.

Frecventarea bolnavilor contagioşi

Numeroşi viruşi pot avea consecinţe grave, ca provocarea unor avorturi sau inducerea unor malformaţii. Acesta este, în mod deosebit, cazul rubeolei[9].

9 Cunoscută şi sub numele de pojărel (n.t.)

Dacă aţi avut contact cu un bolnav de rubeolă, trebuie să vă prezentaţi imediat la medic. El va face analiza sângelui, căutând anticorpii anti-virus ai rubeolei.

Dacă sunt prezenţi, aceasta înseamnă că aţi fost imunizată. Dacă ei nu există, vi se vor prescrie gamaglobuline, care vor acţiona în timpul perioadei de incubaţie a virusului, blocând boala.

Renunţaţi la fumat

Dacă fumaţi mai mult de 10 ţigări pe zi, copilul riscă să sufere de întârziere în dezvoltare prin malnutriţie. În plus, copiii fumătoarelor se nasc adeseori prematur.

Micşoraţi consumul de cafea

Începând de la 5 ceşti de cafea pe zi, consumul de cafea are aceleaşi consecinţe ca şi tutunul.

Suprimaţi orice băutură alcoolică

Alcoolul, care trece foarte repede în sânge, perturbă grav metabolismul celular al embrionului, cu atât mai mult cu cât ficatul lui, în formare, nu este în măsură să-l degradeze.

Un singur pahar de vin sau un apetitiv, ceea ce înseamnă puţin alcool pentru o femeie de 50 de kilograme, este enorm pentru un embrion de câteva grame, care nu este în stare să-l metabolizeze.

CARE SUNT SEMNELE CARE ANUNŢĂ UN AVORT?

Un avort este în general anunţat de prezenţa sângelui pe chilot, chiar sub formă de urme, şi de dureri în partea inferioară a abdomenului. Dacă vă găsiţi în această situaţie, telefonaţi imediat medicului şi staţi întinsă în aşteptarea lui.

Medicul care vă va examina, vă va da să luaţi antispasmodice, care vor suprima contracţiile şi va cere stabilirea prin analiza sângelui, a dozajului de hormoni destinaţi să menţină sarcina. Această primă informaţie va putea fi completată cu o ecografie.

CUM SĂ PREVENIM UN AVORT?

Avorturile spontane au loc mai ales în primele 3 luni de sarcină, în acest timp:

– Feriţi-vă de eforturile mari; eforturile fizice favorizează apariţia unor contracţii alo uterului şi embrionul, care încă nu e bine ancorat pe peretele acestuia, riscă astfel să fie expulzat

– Luaţi aminte la surmenaj; dacă munca dumneavoastră e prea obositoare, încercaţi să vă înţelegeţi cu şefii pentru o eventuală rearanjare a orarului

– Evitaţi drumurile lungi cu maşina

– Nu practicaţi sporturile dure.

Se poate face dragoste în timpul sarcinii?

Dacă sarcina decurge normal, nu există niciun motiv pentru întreruperea relaţiilor sexuale. Trebuie, totuşi, să luaţi câteva măsuri de precauţie în cursul primului trimestru, adică atunci când sarcina se instalează. Natura a rânduit bine lucrurile, fiindcă fenomenele fiziologice precum greaţa, insomniile, oboseala, care o solicită pe viitoarea mamă, nu sunt încurajatoare pentru relaţii frecvente, sau prea entuziaste.

Apetitul sexual, regăsit în cel de-al doilea trimestru, se diminuează din nou în cursul ultimului trimestru. Raporturile sexuale pot, de altfel, să declanşeze contracţiile, care pot duce la o naştere prematură.

Dacă în timpul sarcinii nu simţiţi dorinţă, vorbiţi-i partenerului fără falsă pudoare. El va înţelege indisponibilitatea dumneavoastră trecătoare în materie de dragoste. Aceasta nu împiedică nici complicitatea, nici tandreţea, şi aşa veţi fi scutită să faceţi dragoste din „datorie conjugală”, fără plăcere, cu riscul de a pierde astfel pofta, chiar după naştere, prin crearea unui fel de reflex condiţionat datorat neplăcerii.

Când trebuie declarată sarcina?

Va trebui să declaraţi sarcina înainte de sfârşitul celei de-a 3-a luni. Veţi face apoi primul examen prenatal obligatoriu, cam pe la două luni şi jumătate.

Cum se manifestă apariţia laptelui?

Laptele apare la circa 3 – 4 zile după naştere. Sânii se umflă şi se întăresc. La atingere se simt mici noduri, care se pot întinde până sub braţe şi care sunt acinii plini de lapte. Vasele de sânge devin vizibile. Ei sunt foarte sensibili, chiar dureroşi.

Apariţia laptelui este determinată de modificările hormonale care survin spre sfârşitul sarcinii. Este vorba de creşterea nivelului hormonului care răspunde de fabricaţia laptelui: prolactina. Suptul mamelonului de către bebeluş e cel care determină urcarea laptelui şi care întreţine secreţia lui.

Alăptarea deteriorează sânii?

Asemenea sarcinii, problema este diferită de la o femeie la alta. Totul depinde de natura pielii. Este sigur că în zilele ce urmează după naştere va apărea laptele şi sânii îşi vor mări volumul. Este un fenomen fiziologic,

determinat exclusiv de starea de graviditate. Nu există nicio dovadă că alăptarea agravează starea sânilor deformaţi de sarcină.

După sarcină şi alăptare, glanda mamară se micşorează treptat, iar pielea, la fel ca şi cea de pe burtă, puţin relaxată la început asemenea unei îmbrăcăminţi prea largi, începe să se restrângă. Sânul îşi va regăsi forma şi tonusul. În cea mai mare parte din cazuri, cu puţină îngrijire şi în condiţiile în care nu este vorba de mai multe sarcini una după alta, sânii nu vor suferi nici de pe urma sarcinii, nici a alăptării. Sânii unei femei care a dat naştere unui copil şi a alăptat – mai ales ai uneia de statură mică – sunt chiar mai frumoşi, pentru că acum sunt mai împliniţi.

o mamă seropozitivă pentru virusul sida poate alăpta?

Nu, pentru că virusul SIDA se transmite prin laptele matern. Şapte copii din zece, născuţi de o mamă seropozitivă, nu sunt contaminaţi de virus. Nu este cazul să se rişte infectarea lor prin lapte.

Cum se opreşte urcarea laptelui, dacă nu urmează să alăptaţi?

Când tânăra mamă nu doreşte să alăpteze, i se dau imediat după naştere, câte două comprimate de Parlodel

pe zi, timp de trei săptămâni. În aceasta perioadă, ea va evita să bea prea mult, pentru a nu stimula secreţia laptelui.

Medicamentul favorizează reluarea rapidă a funcţiei ovulatorii. Atenţie, luaţi-vă măsuri de precauţie!

Când revine fertilitatea după naştere?

– Odată cu primele menstruaţii de după naştere.

Când mama nu alăptează, ele revin în circa 6 – 8 săptămâni după naştere.

Când mama alăptează, ele sunt întârziate, fiindcă ovulaţia este ea însăşi întârziată. În acest caz, apar după 34 luni de la naştere.

Trebuie să fiţi atentă cu contracepţia în această perioadă, deoarece, când menstruaţia îşi face apariţia, sunteţi deja la 15 zile de la ovulaţie. Trebuie să fiţi protejată!

ce metodă de contracepţie trebuie aleasă după naştere?

O formă de contracepţie trebuie aleasă în orice caz, fiindcă ovulaţia poate surveni în orice moment după 6, până la 8 săptămâni de la naştere, uneori chiar mai repede.

Medicul ginecolog este cel care va hotărî ce metodă de contracepţie vi se potriveşte cel mai bine. Pentru informarea dumneavoastră, e bine să ştiţi că steriletul nu poate fi instalat, decât după cel puţin 20 – 25 de zile de la naştere. Cu condiţia, totodată, ca naşterea să fi decurs fără probleme deosebite.

Pilula rămâne cea mai bună metodă de contracepţie, însă numai dacă se alege o micropilulă care să nu fie incompatibilă cu alăptarea, dacă vă alăptaţi copilul.

Cum să vă regăsiţi forma după o sarcină?

Trebuie, înainte de toate, să vă odihniţi. Nouă luni de sarcină, apoi naşterea, cu toate bulversările hormonale pe care acestea le implică, v-au obosit. Încercaţi să obţineţi puţin ajutor în perioada de recuperare şi nu ezitaţi să încredinţaţi altora copilul din când în când, ca să mai ieşiţi în lume şi să vă primeniţi gândurile.

Veţi face şedinţe de gimnastică pentru întărirea muşchilor abdomenului. Dacă perineul[10] dumneavoastră are nevoie de o intervenţie, acest lucru se va face înainte de începerea şedinţelor de gimnastică.

Veţi merge de asemenea la înot, cât mai des cu putinţă. Aceste exerciţii, adăugate unei alimentaţii

10 — Perineu = partea inferioară, sau planşeul micului bazin, traversat la femeie de uretră, vagin şi rect (n.t.)

echilibrate şi uşoare, vă vor reda în câtva timp linia trupului.

BOLILE APARATULUI GENITAL

Aparatul genital poate fi supus multor agresiuni, de-a lungul vieţii.

Agresiuni microbiene provoacă adesea infecţii grave care, netratate, pot duce la sterilitate şi chiar la moarte, când e vorba de boli grave transmisibile sexual, ca sifilisul ori SIDA.

Agresiuni mecanice, care, în cursul unor naşteri foarte grele, pot duce până la căderi de organe.

Agresiuni hormonale prin dezechilibru, ca cea provocată de instalarea menopauzei, care pot duce chiar la cancere.

Toate aceste agresiuni pot fi reduse, dacă nu chiar suprimate, prin cunoaşterea bolilor pe care le produc, ceea ce ne dă posibilitatea să avem un comportament responsabil şi preventiv.

INFECŢIA URINARĂ

Infecţia urinară este deseori în strânsă legătură cu

infecţiile genitale, datorită trecerii germenilor de la anus spre vulvă.

Uretra – canalul care conduce de la vezică spre exterior – se deschide în interiorul vulvei, deasupra intrării în vagin, putând fi astfel uşor contaminată. La femeie, uretra e scurtă, având doar 4 cm; ea poate fi uşor atinsă de microbi, care se propagă până la vezică, producând o cistită, adică o inflamare a vezicii.

Aceiaşi care favorizează şi infecţiile genitale.

– O igienă proastă: spălare insuficientă, lenjerie murdară, tampoane igienice purtate prea mult, ştergerea anusului dinspre spate spre faţă după nevoite fiziologice, sunt tot atâţia factori care permit dezvoltarea de bacterii care se vor propaga în vagin şi uretră.

– O viaţă sexuală foarte activă, cu raporturi dese, care introduc în vagin germeni neobişnuiţi, ce distrug puţin câte puţin bacteriile protectoare.

– Raporturi sexuale cu atingeri sau penetrări (indiferent care din ele), anale apoi vaginale.

– Toate infecţiile genitale, prin contaminare de vecinătate.

CARE SUNT SEMNELE UNEI INFECŢII URINARE?

Ele diferă, în funcţie de gravitatea infecţiei:

– O jenă dureroasă în partea de jos a abdomenului

– Nevoia de a urina foarte des, chiar şi numai câteva picături

CARE SUNT FACTORII CE FAVORIZEAZĂ O INFECŢIE URINARĂ?

– O senzaţie de arsură puternică a uretrei în timpul micţiunii

– Prezenţa eventuală a urmelor de sânge în urină.

Ce puteţi face dacă simţiţi o mică arsură la urinare?

– Beţi **1,5** până la **2** litri de apă pe zi, ca să eliminaţi, odată cu urina, germenii prezenţi în vezică

– Prezentaţi-vă cât mai repede la medic, pentru depistarea germenilor, printr-un examen citobacteriologic al urinei; vi se va prescrie un antiseptic sau un antibiotic potrivit, după caz

O infecţie urinară, chiar uşoară, nu trebuie niciodată neglijată, fiindcă ea poate să se agraveze repede şi să urce pe căile urinare înalte până la rinichi, periclitându-le buna funcţionare.

cum să prevenim infecţiile urinare?

În primul rând, respectând câteva reguli simple de igienă:

– Beţi multă apă zilnic, cel puţin **1,5 l,** ca să drenaţi corect tot sistemul urinar, evitând concentrarea germenilor

– Asiguraţi zilnic o bună curăţenie locală, vulvară şi anală

– Preocupaţi-vă de curăţenia mâinilor şi a organelor genitale ale partenerului, înainte de a face dragoste

– Urinaţi, dacă se poate, după ce aţi avut un raport sexual, ca să se elimine germenii eventual introduşi

– Formaţi-vă deprinderi corecte pentru raporturile sexuale: nu treceţi de la mângâieri anale, la mângâieri vaginale

– îngrijiţi-vă, încă de la apariţia primelor semne: usturimi, mâncărimi ale vulvei, scurgeri neobişnuite.

BOLILE VULVEI ŞI ALE VAGINULUI

Vaginul este protejat la exterior de vulvă dar, cu toată protecţia lor naturală, amândouă sunt sensibile la agresiunile microbiene, infecţiile fiind problema lor principală.

Infecţiile

O bună igienă intimă permite evitarea infecţiilor aparatului genital. Cu toate acestea, este practic imposibil ca o femeie să nu aibă într-o zi sau alta a vieţii sale genitale, o mică problemă de natură infecţioasă.

Infecţia începe întotdeauna la nivelul vulvei sau a intrării în vagin, datorită contactului lor direct cu exteriorul. Dacă nu este înlăturată foarte repede, aceasta se poate propaga spre căile genitale interne.

Prima manifestare a unei infecţii este prezenţa unei scurgeri albe, denumită LEUCOREE.

Toate scurgerile albe sunt semnul unei infecţii?

– Nu. Unele dintre acestea sunt cu totul naturale. În cursul ciclului menstrual se scurg spre exterior secreţii albicioase, provenind din cavitatea uterină, col, sau vagin. În funcţie de provenienţa lor şi de perioada ciclului, acestea au culoare şi consistentă diferite. Ele pot fi:

– Mucusul secretat de glandele mucoasei uterine

– Glera cervicală secretată de glandele colului în momentul ovulaţiei

– Rezultatul transsudaţiei vaginului; lichidul secretat de celulele mucoasei vaginale se amestecă cu celulele care se detaşează din aceasta.

După ce se recunosc scurgerile infecţioase?

Spre deosebire de scurgerile naturale, cele de origine infecţioasă au un aspect aparte. Ele se caracterizează prin aceea că:

– Sunt mai abundente

– Au un miros mai mult sau mai puţin pronunţat

– Au adesea o culoare gălbuie

– Au altă consistenţă decât scurgerile obişnuite: purulentă sau uscată.

Ele sunt însoţite de:

– Mâncărimi sau arsuri ia nivelul vulvei

– Dureri acute sau difuze în partea de jos a abdomenului

– Raporturi sexuale dureroase.

Cum se explică formarea scurgerilor infecţioase? Printre bacteriile binefăcătoare care populează vaginul şi protejează aparatul genital de agresiunile exterioare, există în număr mai mic şi germeni periculoşi, care însă nu se pot dezvolta, deoarece mediul nu le este favorabil. Dacă, dintr-un motiv oarecare, echilibrul biologic al vaginului se schimbă – toaletă internă prea frecventă sau regim alimentar prea zaharat – aceşti

germeni vor începe să se dezvolte, mediul fiindu-le prielnic. Agresivitatea germenilor se face simţită, datorită prezenţei lor în număr mare, în vagin. Organismul va începe să se apere trimiţând acolo un tip anume de globule albe, al căror rol este să-i distrugă. Amalgamul de germeni şi de globule albe mai mult sau mai puţin alterate, formează un lichid gros, un fel de puroi, care se scurge spre exterior.

Scurgerile au aspect diferit în funcţie de tipul infecţiei?

Da, ele sunt mai mult sau mai puţin abundente şi prezintă o consistenţă şi un miros diferite.

Când infecţia e produsă de o ciupercă, se vorbeşte de MICOZĂ. Scurgerile sunt puţin abundente, cu aspect filamentos sau de cremă şi nu au un miros deosebit. Sunt însoţite de mâncărimi şi de arsuri puternice la nivelul vulvei şi al intrării în vagin. Germenul răspunzător de toate acestea, şi cel mai des întâlnit, este ciuperca numită *Candida albicans,* din familia drojdiei, care are o predilecţie pentru mediile acide.

Când infecţia se datorează unui parazit microscopic, *Trichomonas vaginalis,* scurgerile sunt abundente şi fluide, cu aspect spumos şi de culoare

galben-verzuie. Sunt deosebit de dezgustătoare şi se însoţesc de arsuri la nivelul vulvei şi al intrării în vagin, putând să se răspândească şi spre interiorul coapselor.

Când infecţia e de origine bacteriană, scurgerile sunt foarte lichide, sau foarte groase, în funcţie de germenul responsabil, având, în orice caz un miros urât. Doar laboratorul este în măsură să stabilească despre ce microb este vorba.

Care sunt cauzele dezechilibrului florei vaginale?

Vaginul este, în mod normal, bine protejat, mai ales de către bacilii lui Doderlein, care transformă un zahar prezent în secreţiile vaginale – glicogenul – în acid lactic. Vaginul are deci o aciditate naturală, care serveşte drept barieră de protecţie împotriva dezvoltării microbilor. Această aciditate poate suferi variaţii datorită:

– Unei alimentaţii prea bogată în zahăr

– Diabetului

– Absenţei estrogenului la femeia în menopauză

– Nivelului ridicat al progesteronului la femeia însărcinată

– Toaletelor repetate cu un săpun prea acid

– Utilizării deodorantelor.

CE ESTE VULVITA?

Prin vulvită se înţelege infecţia vulvei. Aceasta va căpăta o nuanţă închisă de roşu, fiind sediul unei iritaţii intense, cu mâncărimi şi arsuri. Raporturile sexuale sunt dureroase.

Ca să evitaţi o vulvită:

– Spălaţi-vă zilnic

– Nu folosiţi un săpun iritant

– Ştergeţi-vă cu un prosop curat

– Purtaţi chiloţi de bumbac, evitând astfel transpiraţia şi procesele de macerare, responsabile de dezvoltarea germenilor nocivi

– Evitaţi pantalonii prea strâmţi, care irită partea interioară a coapselor.

CE ESTE BARTHOLINITA?

Bartholinita este infecţia glandelor lui Bartholin. Canalele excretoare ale glandelor lui Bartholin, situate de o parte şi de alta a intrării în vagin, se pot înfunda, ca urmare a unei infecţii şi astfel să dea naştere unui abces.

CE ESTE VAGINITA?

Vaginita este infecţia vaginului. Inflamarea pereţilor vaginali produce arsuri interne, scurgeri importante ca volum, de consistenţă şi miros diferite, în funcţie de natura infecţiei. Raporturile sexuale sunt dureroase.

Ca să evitaţi o vaginită:

– Aveţi grijă să vă ştergeţi dinspre faţă spre spate după folosirea toaletei, ca să nu aduceţi bacterii de la anus spre vagin

– Din aceeaşi cauză, preferaţi tampoanele intravaginale faţă de cele externe, în cazul cărora acumulările de sânge favorizează multiplicarea bacteriilor de origine anală şi diseminarea lor spre organele genitale

– Evitaţi toaletele vaginale interne cu antiseptice

– Nu adoptaţi un regim alimentar prea bogat în zaharuri, fiindcă acesta modifică aciditatea conţinutului vaginal, favorizând astfel dezvoltarea micozelor

– Asiguraţi-vă de igiena partenerului.

Ce trebuie să facem dacă apar scurgeri sau dureri suspecte?

– Este absolut necesar să consultaţi un medic ginecolog, la cel mai mic semnal. El va efectua un examen clinic pentru prelevarea de eşantioane din scurgerile

infecţioase, pe care le va trimite la laborator ca să determine natura germenilor responsabili de infecţie.

Între timp trebuie să:

– Vă abţineţi de la orice raport sexual

– Vă informaţi partenerul că va trebui să urmeze şi el acelaşi tratament.

BOLILE UTERULUI

Uterul – muşchiul suficient de robust ca să suporte gestaţia şi naşterea – prezintă, totuşi, o anume fragilitate. Expus în timp la tracţiuni mecanice, fluctuaţii hormonale şi eventuale agresiuni microbiene, el trebuie să rămână sub o atentă supraveghere, toată viaţa.

Infecţiile

Sunt rezultatul unei vaginite prost tratate. Infecţia ajunsă în acest stadiu nu mai poate fi neglijată. Trebuie neapărat să vă vadă un medic ginecolog, altfel riscaţi consecinţe din cele mai grave pentru viaţa genitală ulterioară.

Ce este cervicita?

Este vorba de infecţia colului uterin.

Dacă este atinsă doar partea exterioară a colului, cea dinspre vagin, vorbim de o *exocervicită.* Dacă este afectată

partea internă, cea dinspre uter, e vorba de o *endocervicită.*

Inflamarea colului uterin se manifestă prin dureri în partea de jos a pântecului şi prin scurgeri relativ abundente, mai mult sau mai puţin colorate. Ginecologul trebuie consultat cât mai repede la apariţia acestor semne, ca să împiedicăm întinderea inflamaţiei spre căile genitale înalte, adică uterul şi trompele.

Ce este endometrita?

Este infecţia endometrului, adică a mucoasei uterine.

Inflamarea endometrului provoacă dureri în partea de jos a pântecului, cu scurgeri urât mirositoare, care pot prezenta şi urme de sânge. Infecţia este sigur provocată de un germen care s-a dezvoltat în vagin, înainte de a trece prin col.

Infecţia mucoasei uterine este favorizată de purtarea unui sterilet.

Endometrioza

Endometrioza este o boală care rămâne la starea benignă, nu evoluează niciodată spre un cancer. Ea se caracterizează prin migraţia şi dezvoltarea unor fragmente provenind de la endometru, adică din mucoasa uterină, în

afara cavităţii uterine.

– *În endometrioza externă,* fragmentele mucoasei se dezvoltă în special pe ovare, trompe şi pe partea externă a uterului. De asemenea, se mai pot întâlni focare în vezică şi intestine.

– *În endometrioza internă,* fragmentele endometrului sunt localizate în interiorul mucoasei uterine.

Care sunt cauzele endometriozei?

Se pare că, în timpul menstruaţiilor, mici fragmente de mucoasă, în loc să coboare spre vagin, refluează şi urcă spre trompe.

De aici, ele ajung în cavitatea peritoneală, unde se depun pe anumite organe.

Or, aceste bucăţi de mucoasă sunt sensibile la secreţiile hormonale ovariene. Ele se supun aceluiaşi ciclu, ca şi mucoasa însăşi. Se îngroaşă şi sângerează acolo unde se află, atunci când survine menstruaţia.

Cum se manifestă endometrioza?

Endometrioza produce dureri şi sterilitate.

Durerile se manifestă: în perioada preovulatorie

– În timpul menstruaţiei, cu un maxim de intensitate spre sfârşit

– în cursul raporturilor sexuale, atunci când penisul atinge colul.

– Sterilitatea

Endometrioza produce deseori sterilitate. Atunci când fragmentele mucoasei se dezvoltă în trompe, le obstrucţionează şi împiedică fecundaţia.

Cum se detectează endometrioza?

Ginecologul o poate detecta prin: tuşeu vaginal: descoperă organe care se dovedesc dureroase la atingere şi granulaţii foarte dureroase în fundul vaginului

– Observaţia colului: mici pete negre sau albăstrii

– Radiografie

– Colioscopie.

Aceasta din urmă este tehnica cea mai potrivită pentru observarea insuliţelor de endometrioza. Ele se prezintă sub forma unor pete albăstrui împrăştiate, sau de noduli implantaţi pe diferite organe, având o mai mare predilecţie pentru ovare. Aici, dezvoltarea endometriozei este foarte puternică, şi poate evolua în chist.

Uneori, endometrioza poate să nu aibă nicio manifestare vizibilă şi să fie descoperită întâmplător, în cursul unui control făcut pentru cu totul altceva.

Cum se tratează endometrioza?

Evoluţia endometriozei în cursul ciclului menstrual o copiază exact pe cea a mucoasei uterine. Ca şi aceea, depinde esenţial de hormonii feminini secretaţi de ovare.

Tratamentul medical va consta, deci, în blocarea secreţiei acestor hormoni, pentru împiedicarea ovulaţiei şi a menstruaţiei. Acesta este chiar principiul pilulei contraceptive.

Medicul va prescrie deci, o pilulă cu dominantă progestativă sau, dacă nu există contraindicaţii, un progestativ pur. Tratamentul trebuie să fie continuat timp de cel puţin un an, fără întrerupere.

Când endometrioza produce sterilitate şi focarele sunt bine delimitate, acestea se pot elimina chirurgical, fără alterarea organelor.

La menopauză, dispărând hormonii ovarieni, dispare definitiv şi boala.

Polipii

Polipii sunt mici excrescenţe mucoase, localizate pe peretele interior al uterului. Apar mai ales după vârsta de 40 de ani.

– *Polipii fibroşi* sunt legaţi de muşchiul uterin printr-un cordon fin. Acesta se poate alungi, determinând

coborârea polipului spre col, unde poate provoca hemoragii.

– *Polipii mucoşi* sunt excrescenţe ale mucoasei, şi nu ale muşchiului, întotdeauna mici, ei provoacă sângerări de culoare brună, înainte sau după menstruaţie. Ei pot, de asemenea, să provoace menstruaţii mai abundente.

Care este cauza polipilor?

Ei sunt rezultatul unei stimulări estrogenice prea mari. Dezechilibrul estrogen – progesteron reflectă o proastă funcţionare a ovarelor.

Cum se manifestă existenţa polipilor?

Polipii nu sunt dureroşi. Îşi fac cunoscută prezenţa prin:

– Menstruaţii abundente; e cazul polipilor intracavitari, adică stabiliţi pe mucoasă, în cavitatea uterină

– Sângerări care survin oricând, în afara ciclului, chiar şi atunci când sunteţi sub influenţa pilulei şi care apar mai ales când există o infecţie a polipului

– Sterilitate datorată unui polip care:

– Blochează colul

– Jenează cuibărirea, dacă acesta este localizat pe

mucoasă.

Cum se detectează polipii?

Doar histerografia permite vizualizarea lor. (Vezi pag. 292.)

Cum se tratează polipii?

Polipii sunt benigni, dar, cu toate acestea, pot constitui un factor de risc al cancerului de endometru. De aceea, este mai bine să fie înlăturaţi.

Ajungându-se la ei pe căile naturale, polipii se înlătură pe cale chirurgicală:

– Prin histeroscopie (vezi pag. 293) pentru ablaţia polipilor fibroşi

– Prin chiuretaj, pentru polipii mucoşi.

În toate cazurile, polipii se trimit la laborator pentru a fi examinaţi.

Fibroamele

Fibroamele sunt mase compacte crescute din muşchiul uterin. Sunt, în consecinţă, constituiţi din fibre musculare ca şi acesta.

Fibroamele sunt întotdeauna benigne. Ele nu evoluează, deci, niciodată în cancer.

Dimensiunea lor variază, putând fi imperceptibili, sau, din contră, să ajungă până la câteva kilograme greutate.

Ele sunt foarte frecvente după vârsta de 35 de ani, constatându-se că un sfert dintre femeile ce au depăşit această vârstă au câte unul.

– *Fibromul sub-mucoasă* se dezvoltă de la endometru spre cavitatea uterină. El nu se simte la controlul ginecologic prin tuşeu vaginal. Acest tip de fibrom îşi poate forma un pedicul. Atunci se vorbeşte de un polip.

– *Fibromul interstiţial* se găseşte în interiorul muşchiului uterin. Îngroşându-se, el deformează muşchiul spre cavitate, sau spre alte organe (trompele, vezica), pe care le presează.

– *Fibromul sub-seros* se dezvoltă pe suprafeţele exterioare ale uterului.

Care este cauza fibroamelor?

Apariţia şi dezvoltarea fibroamelor este foarte legată de funcţionarea ovarelor şi, în mod deosebit, de secreţia estrogenilor. Din acest motiv, ele se dezvoltă mai ales: – sub influenţa pilulei cu dominantă estrogenică în timpul perimenopauzei, când există un dezechilibru estrogeni – progesteron. Regresează spontan, după menopauză. Se

spune că „se usucă”.

Cum se manifestă un fibrom?

Un fibrom mic nu se face simţit. Mai mare, el poate provoca:

– Menstruaţii mai abundente şi mai îndelungate, putând ajunge până la 10 zile

– Hemoragii

– Dureri, mai ales în timpul raporturilor sexuale

– Dorinţa de a urina mai des, dacă fibromul este situat aproape de vezică şi apasă pe ea

– O senzaţie de greutate în partea de jos a abdomenului, care dă senzaţii de oboseală, la statul mai îndelungat în picioare.

Cum se detectează fibroamele?

– prin histerografie, dacă e vorba de un fibrom sub-mucoasă

– Prin tuşeu vaginal, când e vorba de un fibrom interstiţial

– Prin ecografie, care permite observarea contururilor uterului şi dă posibilitatea să se aprecieze numărul şi dimensiunea fibroamelor.

Cum se tratează fibroamele?

Alegerea metodei terapeutice depinde de mărimea fibromului şi de problemele pe care le poate crea. De asemenea, se ţine seama şi de vârsta pacientei.

Tratamentele medicamentoase

Constau, în principal, în împiedicarea dezvoltării fibromului:

– Evitându-se prescrierea unei pilule cu dominantă estrogenică şi administrarea, în schimb, a progestativelor în cea de-a doua parte a ciclului

– Injectând o dată pe lună, pe parcursul a 3 – 6 luni, un hormon pe care l-am menţionat anterior: LH – RH, care blochează hipofiza şi, în consecinţă, ciclul ovarian, creându-se astfel o menopauză anticipată, reversibilă după terminarea tratamentului.

După trei luni de tratament cu această din urmă metodă, majoritatea fibroamelor îşi micşorează volumul la jumătate. Din nefericire, efectul nu este definitiv şi fibroamele pot să se dezvolte din nou, la câteva luni de la încetarea lui. Acest tratament poate fi folosit ca unul preparatoriu în vederea unei înlăturări pe cale chirurgicală (ablaţie).

Ablaţia chirurgicală

Fibroamele nu sunt obligatoriu şi sistematic

înlăturate, deoarece multe dintre ele nu produc niciun fel de tulburări. Sunt extirpate doar când devin jenante şi tratamentul medicamentos nu a dat niciun rezultat. După tipul fibroamelor, tehnicile operatorii vor fi diferite:

– *Histerectomia subtotală* (când colul este lăsat la locul lui), sau totală (când se extirpă şi colul), este preferată când fibromul, foarte voluminos, apasă asupra celorlalte organe.

– *Miomectomia sub histeroscopie* (vezi pag. 293), se utilizează de preferinţă pentru fibroamele sub mucoasă, intracavitare. Această tehnică are avantajul de a păstra uterul intact, ceea ce este foarte important pentru o femeie tânără, care încă doreşte să aibă copii.

Retroversiunea uterină

Se vorbeşte de retroversiune uterină când uterul este poziţionat spre înapoi, spre rect, în loc să fie orientat înainte, pe deasupra vezicii. Este posibilă şi o poziţie intermediară.

Care este cauza retroversiunii uterine?

Retroversiunea uterină este consecinţa unei slăbiri a ligamentelor şi a muşchilor care susţin uterul. Această slăbiciune survine cel mai adesea, în urma naşterilor; dar

poate avea drept cauză o infecţie, un fibrom sau o endometrioza.

Cum se manifestă o retroversiune uterină? Nu există simptome deosebite. Singurele consecinţe posibile sunt unele dureri trecătoare, simţite în anumite momente:

– În timpul raporturilor sexuale, în funcţie de poziţie, când penisul atinge fundul vaginului

– În perioada premenstruală, când organele sunt congestionate

– În timpul menstruaţiei, datorită faptului că este încetinită evacuarea din uter.

Cum se detectează retroversiunea uterină?

Retroversiunea se poate detecta prin tuşeu vaginal, în cursul unui examen ginecologic.

CUM SE TRATEAZĂ RETROVERSIUNEA UTERINĂ?

În Retroversiunea uterină nu necesită un tratament deosebit. Poziţia pe burtă în timpul raporturilor sexuale sau în perioada menstruaţiei este adesea suficientă pentru ameliorarea durerii.

Singura situaţie în care este indicată operaţia, este sfâşierea ligamentelor care face ca retroversiunea să fie

foarte dureroasă, şi numai dacă, cu siguranţă, aceasta este cauza. Vor trebui efectuate mai multe examene complementare care să confirme diagnosticul.

PUTEŢI RĂMÂNE ÎNSĂRCINATĂ ŞI SĂ DUCEŢI LA BUN SFÂRŞIT O SARCINĂ, ÎN POFIDA UNEI RETROVERSIUNI UTERINE?

Fără nicio problemă. Spermatozoizii, atraşi de glera cervicală a colului, îşi vor găsi drumul până la uter, şi apoi dincolo de el.

Spre cea de-a treia lună de sarcină, uterul, antrenat de greutatea lui, va bascula înainte, luând astfel poziţia normală pentru sarcină.

Prolapsusul

Prin prolapsus se înţelege coborârea unui organ, cel mai adesea a uterului, ca urmare a slăbirii muşchilor şi a ligamentelor ce formează perineul.

Într-o primă fază, uterul coboară în direcţia vaginului. Când fenomenul se agravează, el antrenează vezica, sau o parte din rect, care basculează, la rândul lor, spre vagin.

În formele grave, colul uterin poate atinge vulva şi poate chiar să iasă prin aceasta, la exterior.

Ce este perineul?

Perineul este un ansamblu de muşchi şi de ligamente, cuprins între vagin şi rect. Acesta susţine vezica şi uterul, ca şi conţinutul abdominal, închizând astfel complet micul bazin. El lasă să treacă doar arterele şi venele, precum şi căile: urinară, genitală şi anală.

Muşchii şi ligamentele regiunii pelviene sunt foarte solicitaţi, deoarece suportă în permanenţă greutatea viscerelor – mai mult de 10 kg – precum şi presiunile abdominale, în timpul eforturilor mari. Solicitările sunt deosebite, în timpul sarcinii şi naşterii.

Care sunt cauzele unui prolapsus?

Tonicitatea (tăria) perineului este slăbită prin:

Graviditate

– Când greutatea acumulată în timpul sarcinii depăşeşte 15 kg

– Când copilul are la naştere o greutate mai mare de 3,8 kg.

Naştere

– Când contracţiile necesare expulzării au început înainte de dilatarea completă a colului, perineul rămâne foarte destins, ceea ce îi îngreunează ulterior revenirea la elasticitatea normală

– Când perineul este sfâşiat în momentul expulzării; ca să evite acest lucru, medicii obstetricieni nu ezită să facă o epiziotomie

– Când se foloseşte forcepsul, în situaţiile când copilul n-a coborât complet.

– Vârstă

– După menopauză, ţesuturile îşi pierd elasticitatea, din cauza lipsei de estrogeni; tratamentul substitutiv al menopauzei urmăreşte şi limitarea deteriorării perineului

– Creşterea în greutate legată de menopauză oboseşte şi fragilizează chinga de susţinere care este perineul.

Cum se manifestă un perineu cu afecţiuni?

Datorită faptului că muşchii perineului sunt responsabili de deschiderea căilor principale care traversează abdomenul – sfincterele vezicii şi anusului, precum şi vaginul, chiar neaflându-se în faza de prolapsus, un perineu cu afecţiuni poate provoca:

– **Incontinenţa urinei**[11] mai mult sau mai puţin pronunţată; dacă vă scapă câteva picături de urină când faceţi un efort, când râdeţi sau tuşiţi, perineul dumneavoastră are nevoie să fie întărit

11 Imposibilitatea reţinerii urinei (n.t.)

– **O lipsă de tonicitate a vaginului,** indispensabilă unei vieţi sexuale normale.

Într-un stadiu precoce:

– Dureri difuze, o senzaţie de greutate în partea de jos a pântecului, stând în picioare

Într-un stadiu avansat:

– Tulburări urinare, care se manifestă prin necesitatea de a urina mai frecvent şi o incontinenţă a urinei la eforturi

– Dificultăţi sexuale când uterul a coborât destul de jos în vagin.

Cum se manifestă un prolapsus?

Cum se tratează un prolapsus?

Dacă prolapsusul e grav, trebuie să se intervină chirurgical. Intervenţia chirurgicală constă, în majoritatea cazurilor, în extragerea uterului care coboară prea mult în vagin, antrenând după el toate celelalte organe. Când uterul nu a coborât prea mult, el poate fi ridicat şi fixat.

Intervenţia se poate face pe căile naturale sau nu, după caz, şi după cum consideră chirurgul. Cum tehnicile operatorii sunt foarte diferite de la un chirurg ginecolog la altul, trebuie să cereţi să vi se explice foarte clar în ce va consta operaţia. Dacă această operaţie este necesară,

priviţi-o fără teamă, fiindcă ea vă va aduce o reală uşurare.

Dacă prolapsusul este într-o formă uşoară, se încearcă stimularea şi tonificarea muşchilor perineului care susţin organele. Este vorba de ceea ce se numeşte RECUPERARE PERINEALĂ. Ea se aplică de la primele tulburări, cum ar fi incontinenţa urinară la râs, sau la efort.

Cum să-ţi conştientizezi perineul?

Dacă simulaţi că vă reţineţi nevoia de a urina, apoi că vreţi să urinaţi, ansamblul muşchilor pe care îi simţiţi contractându-se, mai întâi în spate, apoi înspre faţă, constituie perineul.

Cum să vă întăriţi perineul?

Prin câteva exerciţii simple, vă puteţi păstra, sau puteţi dobândi o tonicitate bună a perineului dumneavoastră. Rezultatele vor fi:

– O funcţionare bună a sfincterului vezicii

– Un vagin care rămâne strâmt şi elastic

– O circulaţie sanguină mai bună în întregul mic bazin, ducând la organe genitale mai bine irigate, deci mai sensibile şi la o diminuare, sau chiar dispariţie a hemoroizilor.

Primul exerciţiu:

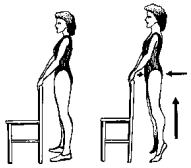
În orice moment al zilei şi în orice împrejurare, aşezată la biroul dumneavoastră, sau în picioare aşteptând autobuzul, efectuaţi contracţii ale perineului.

– Contractaţi mai întâi muşchii din spate, strângând puternic anusul. Menţineţi contracţia 5 secunde, apoi relaxaţi pentru 10 secunde şi repetaţi.

– Faceţi acelaşi exerciţiu, contractând muşchii din faţă, adică strângând puternic vaginul. Faceţi de fiecare dată serii de câte 10 contracţii. Trebuie făcute 10 sau chiar 20 de serii pe zi, pentru ca exerciţiul să fie eficient.

Exerciţiul al 2-lea:

– Procedaţi ca la exerciţiul anterior, dar contractând deodată anusul şi vaginul.



Vârfurile picioarelor uşor îndepărtate, cu călcâiele lipite:

– Contractaţi burta, fesele şi vaginul

– Ridicaţi-vă pe vârfuri, menţinând contracţia

– Relaxaţi-vă şi apoi refaceţi mişcările de 20 – 30 de

ori

Exerciţiul al 3-lea:

– O dată sau de mai multe ori pe zi, atunci când începeţi să urinaţi, opriţi voluntar jetul de urină între 5 şi 8 secunde. Presiunea urinei fiind atunci puternică, sfincterul va fi obligat „să muncească” şi deci să se întărească.

Muşchii perineului se întreţin de asemenea şi prin **EXERCIŢII DE GIMNASTICĂ,** cu rolul de a pune la treabă toţi muşchii din partea inferioară a abdomenului.

Cu picioarele încrucişate, bine strânse:

– Contractaţi la maximum toată regiunea internă a micului bazin

– Relaxaţi-vă, apoi repetaţi de 10 ori

– Începeţi o nouă serie, alternând piciorul care trece deasupra

Cu toate că sunt foarte simple, exerciţiile de recuperare perineală sunt totuşi eficiente, cu condiţia de a

respecta indicaţiile şi de a le transforma într-o obişnuinţă zilnică, după o naştere, mai ales.

Când recuperarea perineului prin exerciţii nu este suficientă, se poate recurge la ELECTROSTIMULARE.

Prin această metodă, contracţia muşchilor perineului se obţine cu ajutorul unui curent electric transmis printr-o sondă vaginală sau anală. Electrostimularea se foloseşte mai ales pentru tonifierea sfincterului urinar, în cazul incontinenţei urinare.

Cancerul colului uterin

Un cancer este o aglomerare de celule care se înmulţesc anarhic, formând o tumoare.

Cancerul colului uterin este relativ frecvent, având în vedere că în Franţa apar în fiecare an 8000 de cazuri noi, de tip invaziv. El ocupă locul doi printre cancerele genitale, după cancerul la sân. Acest tip de cancer se află, totuşi, într-un net regres, datorită depistării lui prin frotiu, metodă aplicată regulat unui număr din ce în ce mai mare de femei.

Cancerul de col uterin atinge mai ales femeile aflate în perioada de perimenopauză, între 40 şi 50 de ani. Totuşi, din ce în ce mai multe femei tinere, care nu au încă 30 de ani, prezintă leziuni precanceroase, numite

DISPLAZii. După toate probabilităţile, ele au legătură cu creşterea incidenţei bolilor transmisibile pe cale sexuală.

CARE ESTE CAUZA CANCERULUI DE COL UTERIN?

El poate surveni în urma acţiunii conjugate a unor factori ca infecţiile, iritaţiile sau leziunile care apar de-a lungul întregii vieţi.

Anumiţi factori măresc riscurile într-un mod care nu este deloc de neglijat. Aceştia sunt:

– O viaţă sexuală începută foarte devreme, cu schimbări frecvente ale partenerilor

– Bolile transmisibile sexual, dintre care notăm mai ales bolile virale care provoacă apariţia pe col a unor mici leziuni numite condiloame, şi care pot degenera în cancer (vezi pag. 269)

– Sarcini numeroase…

CUM SE PREZINTĂ CANCERUL DE COL?

Colul prezintă la început leziuni care nu sunt canceroase. Ele sunt denumite DISPLAZII. Este vorba de celule modificate faţă de starea normală. Displaziile prezintă niveluri diferite de gravitate:

– *Displazii uşoare,* care sunt cel mai adesea de

natură infecţioasă şi se vindecă spontan după un tratament antiinfecţios

– *Displazii medii,* care nu dau înapoi, dar nu evoluează totuşi spre cancer

– *Displazii grave,* care sunt pe punctul de a evolua spre cancer. Unei displazii grave îi trebuie aproape 10 ani ca să evolueze în cancer invaziv. Ceea ce înseamnă că o supraveghere regulată prin frotiu va fi de mare ajutor pentru a nu se ajunge în acest stadiu.

CUM SE MANIFESTA O DISPLAZIE A COLULUI?

Displaziile nu produc niciun fel de tulburări. Dacă nu se încearcă depistarea lor prin examene regulate, ele pot trece complet neobservate.

CUM SE DETECTEAZĂ DISPLAZIILE?

Se detectează mai ales prin studierea celulelor prelevate printr-un frotiu. (Vezi pag. 282.)

Când s-a pus un diagnostic de displazie, ginecologul efectuează în cabinet o *colposcopie.* Adică, observă leziunile cu o lupă care luminează. (Vezi pag. 292.)

Dacă două frotiuri prelevate la interval de 6 luni unul de altul dau acelaşi rezultat, ginecologul poate, după colposcopie, să efectueze o *biopsie.* Adică să preleveze un

mic fragment de ţesut, pe care un laborator specializat să efectueze o analiză aprofundată.

Biopsia dă posibilitatea de a determina gravitatea displaziei.

CUM SE TRATEAZĂ DISPLAZIILE?

Displaziile uşoare regresează adesea după un tratament local pe bază de pastile ginecologice antiinflamatoare. Un frotiu practicat după 6 luni va releva modul cum a evoluat displazia. Dacă leziunea încă există, va fi tratată asemenea displaziilor mai grave.

Displaziile medii şi grave se distrug, pentru a se împiedica evoluţia lor spre cancer. Tehnicile utilizate sunt:

– *Electrocoagularea* (vezi pag. 306)

– *Crioterapia* (vezi pag. 306)

– *Cu laserul* (vezi pag. 306).

Când leziunea este foarte mare, se practică o *conizare,* adică se extirpă porţiunea colului care prezintă celule anormale. Ea se face pe căile naturale, cu ajutorul *histeroscopiei* (vezi pag. 293).

CE ESTE CANCERUL INTRAEPITELIAL?

Este cancerul de col, la început. Se mai spune că există un CANCER IN SITU.

Celulele canceroase se situează doar în stratul superficial de celule al colului. Ele încă nu s-au răspândit în straturile mai profunde. Din această cauză, el este vindecabil 100 %, după o conizare care îndepărtează tot ţesutul bolnav.

CE ESTE CANCERUL INVAZIV?

Este cancerul care determină migrarea celulelor denaturate din stratul celular superficial al colului, pentru a se răspândi la ţesuturile învecinate, apoi progresiv, la celelalte organe, prin intermediul căilor limfatice.

CUM SE MANIFESTĂ CANCERUL INVAZIV AL COLULUI?

El poate trece complet neobservat la începutul lui. Dacă nu a fost relevat printr-un frotiu şi apoi o biopsie, el se manifestă în cursul evoluţiei prin mici pete de sânge, care apar cel mai des după un raport sexual.

În aceste situaţii, trebuie luată în considerare posibilitatea unor examene prin observare şi analiză. Aveţi la dispoziţie şi biopsia, care indică gradul de gravitate a cancerului.

În funcţie de gravitatea lui, se vor examina şi alte organe, pentru a se stabili dacă nu au fost şi acestea

afectate.

CUM SE TRATEAZĂ UN CANCER INVAZIV AL COLULUI?

Tratamentul va fi cu atât mai greu, cu cât cancerul va fi mai avansat. Trebuie efectuat într-un centru specializat de tratament al cancerului. Constă în asocierea a trei tehnici: chirurgie, radioterapie şi chimioterapie.

Metoda chirurgicală se aplică mai ales în cazul unui stadiu avansat de evoluţie a cancerului. Ea constă în ablaţia uterului, ovarelor şi trompelor, iar în cazurile avansate, a unei părţi din vagin.

SE POATE PREVENI CANCERUL DE COL?

– Tratamentul sistematic ai infecţiilor şi al bolilor transmisibile sexual constituie o metodă de prevenire excelentă, în măsura în care acestea sunt implicate în apariţia displaziilor.

– FROTIUL este un mod de prevenire simplu şi eficace. Cancerul de col este de fapt singurul care poate fi depistat chiar înainte ca el să ia naştere, prin determinarea prezenţei primelor celule anormale. Un frotiu efectuat *în fiecare an* este cea mai bună metodă de prevenire din câte se cunosc.

– Distrugerea displaziilor observate prin frotiu împiedică evoluţia lor spre cancer.

Cancerul de endometru

Este cancerul mucoasei ce se găseşte în interiorul cavităţii uterine. Frecvenţa lui este aproape aceeaşi, cu a cancerului de col. Cancerul de endometru se dezvoltă aproape fără excepţie la femeile aflate la menopauză. Este întâlnit cu totul excepţional, la cele sub 40 de ani.

CARE ESTE CAUZA CANCERULUI DE ENDOMETRU?

El se dezvoltă pe un endometru anormal îngroşat, caz denumit HIPERPLAZIE, sau prezentând polipi.

Dezvoltarea excesivă a mucoasei se datorează unui exces de estrogeni, în raport cu progesteronul. Acesta se produce:

– În cazul perimenopauzei prelungite, atunci când menopauza e tardivă; dezechilibrul estrogeni-progesteron, datorat scăderii activităţii ovariene, reprezintă un factor de risc

Din aceeaşi cauză, menstruaţiile precoce, adică înainte de 12 ani, favorizează cancerul de endometru după 50 de ani. Ceea ce nu trebuie înţeles ca fiind o cauză obligatorie.

– Când se face un tratament hormonal al menopauzei, prost echilibrat, adică unul care nu conţine decât estrogeni, tratamente care nu mai sunt prescrise, de fapt, de niciun medic deoarece progesteronul trebuie dat întotdeauna în completarea estrogenilor.

CUM SE MANIFESTA CANCERUL DE ENDOMETRU?

Printr-o sângerare mai mult sau mai puţin abundentă, cu atât mai suspectă, cu cât menopauza s-a confirmat.

Orice sângerare, chiar uşoară, chiar dacă nu se repetă, trebuie să vă determine să mergeţi imediat la o consultaţie la ginecolog.

CUM SE OBSERVĂ CANCERUL DE ENDOMETRU? Frotiurile clasice nu permit depistarea lui. Doar sângerările atrag atenţia şi conduc la investigaţii pentru a li se cunoaşte cauza.

Medicul ginecolog va efectua:

– O *biopsie:* va preleva un mic fragment de mucoasă, pentru a-i analiza celulele; studiul acestora sub microscop permite stabilirea naturii acestor celule (canceroase sau nu)

– O *histerografie:* radiografie care permite vizualizarea cavităţii în interior precum şi localizarea şi stabilirea dimensiunilor tumorii (vezi pag. 292)

– O *histeroscopie:* dă posibilitatea, graţie unei tehnici optice speciale, de vizualizare a cavităţii şi de prelevare precisă a fragmentelor suspecte de mucoasă (vezi pag. 293).

Toate aceste examene, foarte puţin dureroase, se fac fără anestezie.

La spital şi sub anestezie, se va face: o biopsie mai importantă, prin chiuretajul mucoasei, pentru a se analiza o zonă mai întinsă.

CUM SE TRATEAZĂ CANCERUL DE ENDOMETRU?

Ca şi pentru cancerul de col, asociind chirurgia, radioterapia şi chimioterapia, dacă deja cancerul a început să invadeze organele înconjurătoare.

Ablaţia chirurgicală va fi cu atât mai extinsă, cu cât cancerul va fi mai evoluat.

Cu un diagnostic stabilit din timp şi cu un cancer care a rămas limitat la uter, şansele de vindecare sunt destul de mari.

BOLILE TROMPELOR

Trompele, asemenea celorlalte organe genitale, nu scapă de probleme. Cea mai importantă dintre acestea este infecţia, care poate duce la sterilitate sau la o sarcină extrauterină.

Infecţia trompelor sau salpingita

Salpingita atinge un număr din ce în ce mai mare de femei, care sunt din ce în ce mai tinere. În Franţa, de pildă, apar în fiecare an 100.000 de cazuri noi, dintre care o treime sunt adolescente.

CARE SUNT CAUZELE SALPINGITEI?

La originea unei salpingite stă invadarea trompelor de către germenii nocivi, care se dezvoltă la început în vagin. Provenienţa lor poate fi diversă:

– Bolile transmisibile sexual sunt răspunzătoare de aproape 60 % dintre salpingite; germenii au fost aduşi de un partener; raporturile sexuale precoce, cu schimbarea frecventă a partenerilor, fără protecţia prezervativelor, explică de ce apar din ce în ce mai multe salpingite la tinere

– Steriletul are şi el un rol deloc neglijabil în propagarea infecţiei, fiind, de aceea, cu totul contraindicat femeilor care încă nu au avut un copil.

CUM SE MANIFESTĂ O SALPINGITĂ?

– *O salpingită acută* se manifestă prin dureri mai mult sau mai puţin intense în partea de jos a abdomenului, cu scurgeri purulente. Infecţia genitală se poate asocia cu o infecţie urinară şi poate să fie însoţită de febră.

– *O salpingită cronică se* poate instala în urma unei salpingite acute, tratată incorect.

CUM SE DETECTEAZĂ O SALPINGITĂ?

Printr-un *tuşeu vaginal,* în cadrul unui examen ginecologic obişnuit. Medicul constată că o trompă a crescut în volum, este foarte dură şi foarte dureroasă.

Se cere atunci efectuarea unei *ecografii,* iar în anumite cazuri a unei *colioscopii* care permite observarea cavităţii pelviene.

CUM SE TRATEAZĂ O SALPINGITĂ?

Printr-un tratament bazat pe mai multe tipuri de antibiotice, pentru eliminarea mai multor tipuri de germeni. Tratamentul este lung şi se aplică şi partenerului.

CARE SUNT CONSECINŢELE UNEI SALPINGITE?

– Dureri în partea de jos a abdomenului, care

persistă sau revin.

– **Riscul unei sarcini extrauterine.** Trompa, deteriorată de infecţie, se înfundă şi nu lasă să treacă ovocitul fecundat care, în acest caz, se dezvoltă acolo unde se află.

– **Risc de sterilitate** dacă trompele – locul unde are loc fecundaţia – nu-şi mai îndeplinesc funcţia. Dacă este atinsă doar o singură trompă, mai este posibilă o sarcină, dar dacă sunt atinse amândouă, sterilitatea este definitivă. Doar fecundaţia in vitro[12], care permite implantarea ovocitului fecundat direct în peretele uterin, mai poate duce la o sarcină.

Ruptura unei trompe

Ruptura unei trompe este consecinţa directă a implantării unui ou fecundat în mucoasa trompei. Se vorbeşte, în acest caz, de sarcină extrauterină. Într-un anumit stadiu de dezvoltare a oului, trompa, prea întinsă, se sfâşie.

CARE SUNT CAUZELE UNEI SARCINI EXTRAUTERINE?

Obstacolele întâlnite pe traseul unei trompe pot avea diferite cauze:

12 Metodă de fecundare artificială în laborator, întâlnită şi sub numele de fecundare în eprubetă (n.t.)

– O salpingită anterioară

– O sarcină extrauterină anterioară

– O malformaţie

– Steriletul.

CUM SE MANIFESTĂ RUPTURA TROMPEI?

În timpul unei sarcini extrauterine, oul implantat în mucoasa trompei nu trăieşte în condiţii bune. La un moment dat el moare, pe când sângele destinat să-l hrănească se acumulează în continuare în trompe.

– *Dacă trompa începe să se fisureze,* sângele se scurge în cavitatea pelviană.

– *Dacă ea se rupe brutal,* provoacă o durere intensă şi bruscă în abdomen şi dă naştere unei hemoragii interne foarte grave, pentru care trebuie să se intervină foarte repede. O paloare excesivă, o tensiune arterială foarte scăzută, arată clar că nu este timp de pierdut.

CUM SE TRATEAZĂ O RUPTURĂ A TROMPEI?

Pe cale chirurgicală.

– Dacă trompa este doar întinsă de către o sarcină extrauterină, descoperită la începutul ei, aceasta se va deschide pentru a i se scoate oul, apoi se coase la loc.

– Dacă nu a fost deteriorată prea tare, poate fi recuperată cu ajutorul microchirurgiei.

– Dacă este ruptă, trebuie extirpată. E vorba de ceea ce se cheamă o *salpingectomie.* Ovarul este păstrat. O sarcină mai este încă posibilă, datorită celeilalte trompe.

BOLILE OVARELOR

Asemenea celorlalte organe ale aparatului genital, nici ovarele nu sunt ia adăpost de probleme.

Chisturile

Un chist este o structură care conţine, cel puţin în parte, un lichid.

CHISTURILE FUNCŢIONALE

Ele reprezintă circa 90 % dintre chisturile ovarelor.

Sunt accidentale şi niciodată definitive. Adesea, dispar după menstruaţie.

Nu sunt niciodată canceroase.

CARE ESTE CAUZA CHISTURILOR FUNCŢIONALE?

Ele se datorează unui răspuns necorespunzător al ovarelor, la ordinele pe care le primesc de la etajele superioare ale creierului. Acest fenomen se întâlneşte mai des la femeile nervoase şi anxioase, hipotalamusul – centrul nervos de unde pleacă informaţia primară – fiind

foarte sensibil la perturbaţiile psihice.

În acest caz, foliculul ovarian nu-şi eliberează ovocitul. El continuă să se dezvolte, umplându-se cu lichid.

Uneori, acest tip de chist se dezvoltă după ovulaţie, pe corpul galben.

Mărimea chisturilor funcţionale variază în funcţie de ciclul menstrual.

CUM SE MANIFESTĂ UN CHIST FUNCŢIONAL?

Printr-o durere care poate fi difuză, în partea inferioară a abdomenului, sau puternică şi localizată doar pe o singură parte.

Printr-o perturbare a ciclului ovarian:

– *Dacă chistul s-a format în momentul ovulaţiei,* aceasta nu a avut loc. Foliculul continuă să secrete estrogeni. Excesul lor determină o umflare exagerată a sânilor şi o întârziere a menstruaţiei.

– *Dacă chistul se formează după ovulaţie,* secreţia estrogenilor şi a progesteronului continuă. Acest aflux hormonal provoacă o întârziere a menstruaţiei, însoţită de greaţă, tulburări care duc cu gândul, în mod eronat, la o sarcină.

CUM SE DETECTEAZĂ CHISTURILE

FUNCŢIONALE?

Printr-un examen ginecologic sau printr-o ecografie. Ecografia permite localizarea chistului, aprecierea dimensiunilor şi vizualizarea structurii lichide în interior. Astfel se elimină incertitudinea că am avea de-a face cu o tumoare solidă.

CUM SE TRATEAZĂ CHISTURILE FUNCŢIONALE?

Chisturile funcţionale nu se operează. Ele se tratează medicamentos, prin administrarea unui progestativ într-o doză puternică, sau cu o pilulă normodozată, de-a lungul câtorva cicluri, pentru blocarea ovulaţiei. După acest tratament, chisturile ar trebui să regreseze spontan şi să dispară.

CHISTURILE ORGANICE

De natură diversă, chisturile organice trebuie obligatoriu extirpate, deoarece ele pot:

– Să se îngroaşe şi să apese pe vezică sau pe intestine

– Să antreneze complicaţii grave, putând merge până la hemoragie internă

– Să degenereze în cancer.

DISTROFIA OVARIANĂ

Această boală se caracterizează printr-un mare număr de chisturi mici, răspândite în interiorul ţesutului ovarian. Afectează întotdeauna ambele ovare, care devin dureroase în partea a doua a ciclului.

Este vorba de o reacţie a ovarelor la un traumatism fizic, cum ar fi o infecţie genitală, sau la un traumatism psihic. Din această din urmă cauză, boala este mai răspândită la femeile nervoase.

Tratamentul constă în a pune ovarele la odihnă, blocând ovulaţia pentru un timp oarecare.

Tumorile ovarelor

O tumoare este o masă celulară solidă şi dură. Ea poate fi benignă sau malignă.

Tumoarea malignă, sau cancerul, nu reprezintă decât între 10 şi 15 % dintre tumorile ovarelor. El nu este decât al 4-lea ca frecvenţă, după cancerul la sân, de col uterin şi de endometru. Poate apărea în general târziu, după 60 de ani.

CUM SE MANIFESTĂ O TUMOARE A OVARULUI?

La început, atunci când tumoarea e mică, nu există

simptome deosebite.

Mai târziu, când tumoarea este voluminoasă, ea se manifestă prin:

– Dureri în regiunea pelviană

– Tulburări ale ciclului

– Sângerări.

CUM SE DETECTEAZĂ O TUMOARE A OVARULUI?

La examenul ginecologic, medicul percepe o îngroşare a ovarului. O ecografie precizează dacă este vorba de un chist lichid sau de o tumoare. Un examen la microscop al celulelor tumorii, după extirparea ei, permite determinarea naturii ei (canceroasă sau nu).

CUM SE MANIFESTĂ CANCERUL DE OVARE?

La început, prin:

– Sângerări între cicluri

– Dureri abdominale

– Tulburări digestive.

Doar sângerările pot indica existenţa unei probleme. Când apar, este obligatorie consultarea urgentă a medicului ginecolog.

Într-un stadiu mai avansat, prin:

– Abdomen umflat

– Tulburări digestive serioase, urmate de slăbire

– Oboseală intensă.

Descoperirea unui cancer la ovar într-un stadiu avansat compromite vindecarea, deoarece celulele maligne s-au detaşat deja de tumoare, pentru a se răspândi la alte organe.

CUM SE TRATEAZĂ TUMORILE DE OVARE?

– Chirurgical. O tumoare solidă, chiar benignă, trebuie întotdeauna să fie extirpată, fără a se aştepta o posibilă degenerare în cancer.

Dacă tumoarea este benignă

– Dacă ea este mică, restul ovarului este pe cât posibil păstrat

– Dacă ea este mare, ovarul este extirpat.

Un singur ovar este suficient pentru a produce hormonii necesari şi pentru a asigura concepţia.

Dacă tumoarea este malignă

Chimioterapia şi radioterapia completează chirurgia. Cele două ovare sunt extirpate împreună cu trompele şi

uterul.

BOLILE SÂNILOR

Simbol al feminităţii, sânii reflectă deseori starea de spirit a femeii. Sensibili, la stres ei reacţionează, dezvoltând diferite boli.

Durerile de sâni

Durerile sânilor, care se întâlnesc foarte des, nu înseamnă deloc că ei sunt în pericol. Chiar dacă originea lor este mai mult fiziologică, nu trebuie minimalizat efectul lor psihologic. Stresul, angoasele, grijile însoţesc întotdeauna durerile sânilor.

DURERILE LEGATE DE SINDROMUL PREMENSTRUAL

Apar cu câteva zile înainte de menstruaţie şi se manifestă printr-o tensiune dureroasă a mameloanelor şi a laturilor externe ale sânilor. Această tensiune, însoţită de o creştere a volumului sânilor, e datorată unui dezechilibru între estrogenii prea abundenţi şi progesteron. Un drenaj prost al ţesuturilor, ca urmare a unei circulaţii sanguine insuficiente, creează un edem prin reţinerea apei, iar acesta stă ia originea durerilor.

În cazul persistenţei durerilor şi în partea a doua a ciclului, medicul ginecolog vă va prescrie un tratament local, sau unul general pe bază de progesteron.

DURERILE LEGATE DE FORMAREA UNUI CHIST

Este vorba de o durere care apare brusc, în a doua parte a ciclului. Chistul se simte la pipăit; la detectarea lui, este de asemenea necesară consultarea ginecologului pentru confirmarea diagnosticului. Acest lucru nu trebuie să vă neliniştească, dat fiind că un chist nu este niciodată canceros şi, în plus, un cancer în general nu doare decât când este într-un stadiu foarte avansat.

Afecţiunile benigne

Se numesc de asemenea şi *tumori benigne.* Desemnăm prin cuvântul tumoare, o masă de celule. Acest termen nu înseamnă că e vorba în mod obligatoriu de un cancer.

Tumorile benigne reprezintă majoritatea tumorilor la sân, aproximativ 90% dintre acestea. Apar mai ales la femeile tinere, care nu au împlinit încă 50 de ani.

ADENOFIBROMUL

Este o tumoare benignă care nu degenerează niciodată în cancer.

Adenofibromul apare la adolescentă şi la femeia tânără, cel mai adesea între 15 şi 25 de ani. Se prezintă ca o mică umflătură dură, regulată şi mobilă sub degete, la pipăit.

Receptiv la variaţiile hormonale, acesta se poate mări sau poate deveni dureros înaintea menstruaţiei.

CUM SE DETECTEAZĂ UN ADENOFIBROM?

– la examenul clinic

– O mamografie şi mai ales o ecografie confirmă examenul clinic

– O puncţie citologică permite examinarea celulelor.

CUM SE TRATEAZĂ UN ADENOFIBROM?

Tratamentul depinde în esenţă de mărimea lui şi de vârsta pacientei.

Înainte de **30** de ani

Este de ajuns o supraveghere clinică şi o ecografie.

– Dacă adenofibromul este mic, un tratament hormonal pe bază de progesteron îl poate face deseori să regreseze. Pilula clasică nu este recomandată.

– Dacă se măreşte sau devine dureros, este

preferabil să fie înlăturat.

După 30 de ani

Se recomandă ablaţia, fiindcă el poate camufla, sau poate fi confundat chiar cu un mic cancer.

CHISTUL

Este o tumoare benignă umplută cu lichid. Este consecinţa obturării şi a dilatării unui canal galactofor.

Chisturile apar mai ales între 40 de ani şi menopauză, atunci când începe să se manifeste o insuficienţă de progesteron. Din această cauză, apar în a doua parte a ciclului.

Pot exista unul sau mai multe chisturi, plasate într-un sân sau în ambii. Mărimea lor este variabilă.

Când lichidul conţinut în chist se află sub presiune, el devine dureros. Poate să dispară spontan, sau să reapară regulat la fiecare ciclu.

CUM SE DETECTEAZĂ UN CHIST?

– Prin palpare, se simte sub forma unei bile

– la ecografie, unde apare ca un cerc negru bine delimitat.

CUM SE TRATEAZĂ UN CHIST?

– Dacă este mic, este suficientă o simplă supraveghere, cu condiţia să nu fie dureros.

– Dacă este mare şi dureros, va fi eliberat de conţinutul său lichid printr-o puncţie cu acul. Lichidul va fi trimis la laborator pentru a fi analizat.

Chistul nu necesită intervenţie chirurgicală dacă este bine delimitat la ecografie. În caz contrar, este preferabil să fie extirpat, pentru a fi analizat.

MASTOZA FIBROCHISTICĂ

O mastoză formează o zonă de consistenţă granuloasă, care se întinde cel mai des pe partea exterioară, superioară a sânului.

Este vorba de o anomalie benignă a diferitelor ţesuturi ale sânului.

Mastozele apar între 40 şi 50 de ani, în perioada de perimenopauza, datorită excesului de estrogeni. Au tendinţa să regreseze după menopauză, când nivelul de estrogeni se micşorează.

Stresul şi anxietatea favorizează apariţia puseelor de mastoză.

CUM SE TRATEAZĂ O MASTOZĂ?

Nu este necesară chirurgia.

Un tratament hormonal progestativ îi poate limita extinderea, iar un gel cu progesteron, aplicat pe sâni în a doua parte a ciclului, poate să aducă o uşurare.

O mastoză necesită o *SUPRAVEGHERE* prin mamografii regulate.

Scurgerile sânului

Orice fel de scurgere prin porii situaţi la extremitatea mamelonului trebuie să fie examinată de către medicul ginecolog.

SCURGERILE DE LAPTE

Lăsând la o parte scurgerile care survin la o femeie care tocmai alăptează şi ai cărei sâni secretă încă o cantitate mică de lapte, pot să se producă scurgeri asemănătoare laptelui. Ele sunt cauzate de secretarea de către glanda hipofiză a prolactinei, hormonul responsabil de producerea laptelui. Această stimulare a hipofizei s-ar datora unui consum regulat de tranchilizante, sau anumitor medicamente împotriva hipertensiunii arteriale. În acest caz, ele sunt însoţite şi de tulburări ale ciclului.

SCURGERILE ROZ SAU SÂNGERII

Dacă scurgerea este colorată, este vorba de o problemă a sânului însuşi. Este necesară, deci, depistarea

neîntârziată a dereglării care stă la originea acestor scurgeri.

Pentru aceasta, se va face o radiografie a sânilor şi a canalelor galactofore (galactografie, vezi pag. 299).

Cel mai des este vorba de o maladie benignă, cum ar fi o inflamare a canalului, sau prezenţa unei tumori benigne care irită peretele canalului. Numai cu totul excepţional, ea semnalează existenţa unui cancer la începutul lui.

Cancerul sânului

El este cel mai frecvent cancer la femei. În fiecare an, în Franţa, de exemplu, apar 25000 de cazuri noi. Boala atinge circa o femeie din 15. Dintre acestea, două treimi au 50 de ani sau mai mult.

Cancerul la sân evoluează lent. El poate fi deci depistat încă de timpuriu, ceea ce îi conferă mari şanse de vindecare. O investigare sistematică prin mamografie (vezi pag. 298), începând de la vârsta de 40 de ani, este indispensabilă pentru un prognostic precoce.

CE ESTE UN FACTOR DE RISC?

Un factor de risc este un element care contribuie la creşterea riscului de producere a unui cancer. Aceasta nu înseamnă, în niciun fel, că dacă sunt prezenţi unul sau mai

mulţi factori de risc, se va dezvolta cu siguranţă un cancer. Încă niciun studiu n-a demonstrat că ei favorizează efectiv boala. Dar, prezenţa lor trebuie să incite la o mai atentă supraveghere.

CARE SUNT FACTORII DE RISC Al CANCERULUI LA SÂN?

Vârsta este un factor de risc foarte important, deoarece frecvenţa cancerului creşte mai ales după 40 de ani.

Predispoziţia ereditară nu trebuie neglijată. Într-adevăr, se constată că, în anumite familii, există mai multe cazuri de cancer la sân, pe când în altele nu există niciunul.

Modul de viaţă poate influenţa formarea unui cancer:

– Alimentaţia este un factor de risc ce nu trebuie neglijat, când ea conţine prea multe grăsimi de origine animală, provenind din carne, lapte, şi mai ales brânzeturi

– Alcoolul consumat cu regularitate este la fel de defavorabil

– Fumatul excesiv nu este nici el lipsit de pericol.

RAZELE X UTILIZATE PENTRU MAMOGRAFII

POT SĂ INDUCĂ UN CANCER LA SÂN?

Mamografiile trebuie efectuate la intervale de doi-trei ani între 40 şi 45 de ani şi apoi din 18 în 18 luni. Razele X sunt extrem de slabe şi nu aduc niciun risc suplimentar. Serviciile aduse de mamografie sunt, de departe, mult mai importante decât riscul adăugat.

PILULA POATE PROVOCA UN CANCER LA SÂN?

Prin doza slabă de hormoni şi mai ales prin compoziţia echilibrată între estrogeni şi progesteron, riscul de cancer este practic nul, chiar şi în cazul unei utilizări pe timp îndelungat.

TRATAMENTUL HORMONAL AL MENOPAUZEI POATE FAVORIZA CANCERUL LA SÂN?

Un tratament bine echilibrat între estrogeni şi progesteron se dovedeşte fără risc, cu condiţia respectării unor reguli:

– O supraveghere constantă, prin examene la fiecare 6 luni la medicul ginecolog

– Efectuarea unei mamografii în fiecare an

– Evitarea excesului de estrogeni, care se manifestă prin tensiune mamară; în acest caz, ginecologul trebuie să

reechilibreze dozajul. Tratamentul hormonal al menopauzei nu este recomandat femeilor care au avut deja un cancer la sân, sau o mastoză importantă timp de mai mulţi ani. Un cancer la sân în familie este, de asemenea, un element defavorizant.

EXISTĂ ELEMENTE CARE AU UN ROL PROTECTOR ÎMPOTRIVA CANCERULUI LA SÂN?

– Menstruaţiile tardive şi o menopauză precoce, înseamnă cât mai multe cicluri fără ovulaţie atât în perioada pubertăţii, cât şi în perioada menopauzei. Aceste cicluri anovulatorii prezintă un dezechilibru între estrogeni şi progesteron.

– **O sarcină dusă la termen înainte de 25 – 30 de ani.** Sarcina permite glandei mamare să-şi desăvârşească dezvoltarea. Celulele glandei îşi încheie maturizarea, limitând astfel apariţia de celule puţin diferenţiate. În plus, sarcina are o mare influenţă asupra echilibrului hormonal, permiţând o regularizare a ciclurilor.

– **Modul de viaţă** este şi el important, mai ales printr-o alimentaţie care evită excesul de grăsimi animale.

CUM SE DETECTEAZĂ UN CANCER LA SÂN?

Prin **examene sistematice de depistare.** Scopul acestora este descoperirea unui cancer încă de la începutul lui.

Depistarea cancerului la sân se realizează prin mai multe metode:

– Observarea externă a sânilor

– Autopalparea (vezi pag. 288)

– Examenul clinic efectuat de medicul ginecolog, în cursul examenului ginecologic anual

– Mamografia (vezi pag. 289) este cel mai sigur examen de depistare a unui cancer încă invizibil la examenul clinic, situaţie întâlnită la circa 40 **%** dintre cancere, ceea ce spune mult în privinţa importanţei metodei

– Ecografia, în completarea informaţiei dată de o mamografie

– Citopuncţia (vezi pag. 300), când există un dubiu, după o mamografie.

CUM SE TRATEAZĂ UN CANCER LA SÂN?

Cu cât cancerul este depistat mai devreme, cu atât şansele de vindecare totală sunt mai mari. În aceeaşi măsură şi tratamentul va fi mai puţin mutilant.

Odată cancerul depistat, medicul urmează să-i

stabilească gradul de extindere. El este interesat în mod deosebit să vadă dacă a rămas localizat la sân, sau a început să se răspândească la alte organe.

În acest scop, el va cere efectuarea unei serii de *examene* care constau în sondarea tuturor organelor: analiza sângelui; radiografia plămânilor şi a oaselor, în mod deosebit ale bazinului; scintigrafia osoasă, pentru confirmarea rezultatelor radiografice; ecografia ficatului.

Dacă tumoarea este mică şi a rămas localizată la sân

Se practică o asociere a chirurgiei şi a radioterapiei.

Metoda *chirurgicală* încearcă să fie cât mai puţin mutilantă posibil. Se foloseşte termenul de chirurgie conservatoare. În măsura posibilului, în scopul examinării, nu se extirpează decât partea atinsă de tumoare, precum şi ganglionii axilei. Restul sânului este conservat şi aspectul său general e modificat foarte puţin.

Dacă ganglionii sunt sănătoşi, înseamnă că nicio celulă canceroasă n-a ieşit în afara sânului. Chimioterapia nu este necesară în acest caz.

Radioterapia postoperatorie întăreşte efectul operaţiei. Ea constă în distrugerea, cu ajutorul razelor X, a celulelor care ar fi putut scăpa la operaţie.

Dacă tumoarea este mare

Cancerul a putut deja să trimită celule care să se multiplice în alte părţi, unde să dezvolte alte cancere. În acest caz, chirurgia se va asocia cu chimioterapia.

Prin chirurgie se înlătură sânul şi ganglionii axilari. Dacă ganglionii sunt invadaţi de celule canceroase, se preconizează utilizarea imediată a chimioterapiei.

Chimioterapia constă în administrarea de medicamente foarte active, care omoară celulele canceroase, oriunde s-ar afla ele în organism. Tratamentul constă în perfuzii intravenoase lente ale produsului. El se efectuează la spital, odată sau de două ori pe lună, timp de circa un an.

Tratamentul prin chimioterapie pune pacienta la grea încercare, deoarece el produce:

– Greţuri

– O scădere a nivelului de globule albe, ceea ce duce la o mare oboseală şi o micşorare a rezistenţei la infecţii

– Căderea posibilă a părului, care creşte însă întotdeauna la loc după terminarea tratamentului.

CUM PUTEM INFLUENŢA VINDECAREA UNUI CANCER?

– Lăsându-ne operată de un chirurg aparţinând unui centru specializat. În realitate, chirurgul nu acţionează de unul singur, ci în echipă cu radioterapeutul şi medicul responsabil de chimioterapie. Este necesar să aveţi încredere în echipa care vă îngrijeşte.

– Să acceptaţi boala, ca să-i faceţi faţă.

Nu vă lăsaţi descurajată de exemple nefericite. Niciun cancer nu se compară cu altul: cauzele, gradul de dezvoltare, propriile dumneavoastră reacţii imunitare, toate sunt diferite. Fiţi deci optimistă în privinţa evoluţiei bolii pe care o aveţi. Nu vă descurajaţi, luptaţi-vă pentru a câştiga!

Cu curajul şi moralul dumneavoastră, îi veţi ajuta mult pe medici, care vă aduc în schimb ştiinţa şi întregul lor devotament.

SE POATE OBŢINE AJUTOR PE PLAN PSIHOLOGIC?

Un cancer la sân este o probă pentru o femeie. Atinsă în feminitatea ei, la durerea fizică se adaugă o suferinţă de ordin moral.

Femeilor care traversează greu această probă, le pot veni în ajutor sfaturile unor femei care au trecut şi ele prin

aceeaşi situaţie.

Prin experienţa lor, ele pot da numeroase sfaturi practice privind perioada postoperatorie.

Încercaţi să alungaţi singurătatea! Prietenele vă pot fi de mare ajutor.

CUM SE EXPLICĂ APARIŢIA UNUI EDEM LA BRAŢ, DUPĂ OPERAŢIA UNUI CANCER LA SÂN?

„Braţul gros” este consecinţa extirpării ganglionilor axilari şi lezării ţesuturilor care comprimă canalele limfatice. Limfa – lichidul hrănitor care scaldă celulele – curge greu şi se acumulează în braţ. Pentru a limita efectele:

– Nu purtaţi obiecte grele cu mâna afectată

– Cereţi să vi se facă masaje potrivite pentru circulaţia limfatică

– Dacă edemul este foarte mare, puteţi să purtaţi un bandaj elastic pe care îl puteţi găsi la farmacie.

Cu o operaţie precoce, riscul edemului este redus. În plus, tehnicile operatorii recente permit să se limiteze această problemă, care în orice caz rămâne doar una temporară.

CE SE POATE SPUNE DESPRE CHIRURGIA RECONSTRUCTIVĂ?

Pe femeile atinse de un cancer la sân le liniştеşte foarte mult să afle că, prin chirurgie estetică, se poate reforma sânul care lipseşte, chiar dacă, odată operate de cancer îşi schimbă părerea şi nu mai doresc chirurgia reconstructivă. Sunt multe în această situaţie, influenţate de soţul lor care s-a adaptat şi nu doreşte să-şi vadă din nou soţia pe masa de operaţie.

Un sân reconstruit nu poate desigur să semene întru totul unui sân natural dar poate fi, totuşi, satisfăcător, pentru femeile care aleg această soluţie.

Dacă luaţi hotărârea să vă refaceţi un sân, adresaţi-vă clinicilor de chirurgie plastică şi reparatorie existente în marile centre universitare: Bucureşti, Timişoara, Cluj Napoca, Tg. Mureş.

La cât timp după operarea unui cancer se poate reface sânul?

Este bine să se aştepte un an după terminarea tratamentului, în anumite cazuri, însă, reconstrucţia sânului se face imediat după ablaţie.

O proteză mamară poate induce o recidivă a

cancerului?

Nu se poate da un răspuns sigur, în pofida miilor de proteze aplicate. Se impune totuşi o supraveghere la intervale regulate, mai ales la celălalt sân.

Ce este o proteză mamară amovibilă?

Este o proteză care imită forma unui sân şi care, menţinută de sutien, permite păstrarea siluetei. Ele sunt de mărimi diferite şi confecţionate din materiale diverse, putând fi făcute pe măsura dumneavoastră.

O proteză amovibilă îi permite unei femei răgazul de care ar putea avea nevoie înainte de a recurge la chirurgia reconstructivă, iar un număr însemnat de femei ajung să adopte această soluţie, definitiv.

Ce precauţii trebuie luate după un cancer la sân?

Este indispensabilă o supraveghere medicală regulată. Timp de mai mulţi ani, va trebui ca în fiecare an să efectuaţi:

– Unul sau două examene clinice

– O mamografie

– Un examen al sângelui

– Diverse controale radiologice: plămâni, oase.

Această supraveghere strictă este însăşi siguranţa

dumneavoastră, deoarece dacă apare cea mai mică recidivă, ea va fi imediat detectată şi deci îngrijită.

BOLILE TRANSMISIBILE PE CALE SEXUALĂ

În societatea modernă în care trăim, bolile transmisibile sexual (BTS) cunosc o mare răspândire, fiind de aceea permanent în atenţia specialiştilor.

Care sunt cauzele propagării bts?

– O activitate sexuală prea timpurie

– Schimbarea deasă a partenerilor şi mai ales relaţiile ocazionale

– Igiena insuficientă

– Anumite practici sexuale ca relaţiile ano-genitale, care favorizează dezvoltarea germenilor

– Toxicomania.

Răspândirea BTS este cu atât mai uşoară, cu cât acestea nu se fac simţite imediat prin tulburări vizibile. O asemenea boală este, din această, cauză, ignorată pentru un timp oarecare.

Unele dintre ele, cum ar fi cazul chlamidiozelor, trec practic neobservate, ceea ce le face cu atât mai mult contagioase.

Cum se manifesta o bts?

În cazul unei infecţii joase, pot apărea:

– Scurgeri vaginale mai abundente, cu miros puternic şi culoare neobişnuită

– O iritaţie care produce mâncărimi ale vulvei şi ale vaginului

– O senzaţie de arsură şi nevoia frecventă de a urina

– Raporturi sexuale dureroase

– Umflarea ganglionilor regiunii inghinale

– Coşuri sau ulceraţii pe organele genitale.

În**cazul unei infecţii înalte,** pot să apară:

– Dureri în partea inferioară a abdomenului, sau dureri lombare, care pot fi, sau nu, însoţite de febră

– Hemoragii în afara ciclului.

Este cazul infecţiei uterului (endometrita) şi a trompelor (salpingită).

Ce conduită trebuie să avem, în cazul descoperirii unei bts?

încă de la primele semne perceptibile, ca scurgeri vaginale mirositoare, sau raporturi sexuale dureroase, trebuie:

– Să vă abţineţi de la orice relaţie sexuală

– Să vă avertizaţi partenerul, sau partenerii, ca să

împiedicaţi răspândirea bolii; BTS nu mai sunt considerate boli ruşinoase; ele sunt boli ca oricare altele; trebuie deci să vorbim despre ele şi să le tratăm cât mai repede cu putinţă

– Să vă prezentaţi la ginecolog cât mai repede, ca să vă prescrie examene de laborator în scopul descoperirii germenului responsabil şi urmării unui tratament corespunzător; partenerul dumneavoastră trebuie să fie şi el tratat

– Să respectaţi cu scrupulozitate tratamentul prescris; trebuie să-l urmaţi pe toată durata prescrisă medical, chiar dacă simptomele au dispărut.

Tratamentul BTS, lăsând la o parte SIDA, este în general simplu. El dă rezultate rapide dacă este început imediat după apariţia simptomelor şi e urmat suficient de mult timp.

Cum să ne protejăm împotriva unei bts?

– Limitând numărul de parteneri sexuali

– evitând relaţiile sexuale fără protecţie cu bărbaţi cunoscuţi ca mari cuceritori

– Adaptându-vă comportamentul sexual, în funcţie de modul dumneavoastră de viaţă; dacă sunteţi celibatară şi aveţi contacte numeroase, este evident că se impune luarea unor măsuri de protecţie, prezervativul fiind cea

mai sigură dintre ele împotriva tuturor BTS şi în mod deosebit împotriva SIDA; dacă duceţi o viaţă liberă, să aveţi întotdeauna prezervativele cu dumneavoastră

– Menţineţi o igienă bună; e obligatorie toaleta zilnică a regiunii genitale externe, ca şi cea de după un act sexual

– Să evitaţi raporturile ano-genitale, care propagă germenii de la intestin, spre vagin.

Care sunt principalii germeni responsabili de bts?

Ciupercile: *Candida albicans,* răspunzătoare de micoze

Paraziţii:

– *Trichomonas vaginalis,* răspunzător de tricomoniaza genitală

Bacteriile:

– *Gonococul lui Neisser,* răspunzător de blenoragie

– *Chlamydiae trachomatis,* răspunzătoare de chlamydioză

– *Mycoplasma,* răspunzătoare de micoplasmoză.

Viruşii:

– *Herpes simplex,* răspunzător de herpesul genital

– *Papillomavirus,* răspunzător de condiloame

– *HIV,* răspunzător de SIDA.

Aceşti germeni infecţioşi, care sunt cei mai semnificativi, sunt foarte diferiţi unul de altul. Nu se tratează în acelaşi fel o boală produsă de o bacterie şi una datorată unui virus. Tocmai de aceea, este absolut necesar să se recurgă la examene de laborator.

Micozele

Foarte frecvente, micozele se datorează unei ciuperci – *Candida albicans* – din familia levuridelor.

Cum *Candida albicans* populează în mod natural căile noastre digestive, micozele vaginale au de cele mai multe ori ia origine, o micoză intestinală. Un dezechilibru al florei vaginale accentuează aciditatea vaginului şi permite ciupercii să se dezvolte acolo. Micoza vaginală este apoi întreţinută prin infecţia încrucişată ce urmează după raporturile sexuale.

CUM SE MANIFESTA O MICOZA?

– Prin mâncărimi puternice, chiar insuportabile, ale vulvei şi regiunii anale

– Prin arsuri vaginale în timpul urinării

– Printr-o vulvă umflată, de un roşu aprins, semnalând o inflamare puternică

– Prin scurgeri albicioase, groase, lipicioase.

CUM SE DETECTEAZĂ O MICOZA?

Diagnosticul unei micoze e simplu. Ginecologul o recunoaşte imediat prin:

– Observaţia clinică

– Analiza la microscop a scurgerilor: levuridele sunt foarte uşor de identificat.

CUM SE TRATEAZĂ O MICOZĂ?

Tratamentul este local, cu pastile antifungice plasate în vagin.

Se completează întotdeauna cu un tratament general, constând în administrarea de comprimate pe cale bucală. Trebuie urmat un timp destul de lung, pentru a fi eficace. Trebuie făcut în acelaşi timp şi de partener, pentru a se evita contaminarea încrucişată, sporii ciupercii fiind foarte rezistenţi.

Pentru toaleta dumneavoastră sunt recomandate, pentru o vreme, spălaturi cu o soluţie obţinută prin dizolvarea bicarbonatului de sodiu (cât încape într-o ceşcuţă de cafea), la un litru de apă. Acest lucru va induce în vagin un mediu mai puţin acid şi deci mai puţin primitor pentru ciupercă.

Se poate micşora frecvenţa micozelor şi intensitatea lor, respectând câteva reguli de igienă:

– Suprimaţi tot ceea ce are tendinţa să mărească aciditatea vaginului: săpunurile acide şi o alimentaţie prea bogată în zaharuri

– Consumaţi produse lactate şi mai ales iaurt

– Luaţi cât mai puţine antibiotice care destabilizează flora bacteriană vaginală

– Nu faceţi toalete vaginale interne, care distrug puţin câte puţin flora bacteriană protectoare

– Faceţi o toaletă externă dimineaţa şi seara, utilizând o mănuşă şi un prosop, ambele curate

– Evitaţi lenjeria din materiale care întreţin o anumită umiditate, favorabilă dezvoltării sporilor

– Feriţi-vă să aveţi raporturi sexuale prea dese.

SE POT PREVENI MICOZELE?

Tricomoniaza

Tricomoniaza este datorată unui **parazit** microscopic, *Trichomonas Vaginalis*[13].

Este vorba de o boală frecventă, având în vedere că

13 Boala este data de un parazit mic (Trichomonas vaginalis – protozoar unicelular) care se transmite pe cale sexuală de la un partener infectat. La femei, parazitul infecteaza de obicei vaginul, uretra, cervixul uterin, vezica urinară precum şi glandele din zona genitală cum ar fi glandele lui Bartholin sau glandele lui Skene. La bărbaţi infecţia se dezvoltă la nivelul uretrei sau la nivelul prepuţului.

o femeie din cinci o contractează într-o bună zi. Nu este totuşi foarte gravă, fiindcă rămâne localizată la vagin.

Se transmite pe cale sexuală, dar şi prin intermediul lenjeriei murdare sau umede.

La *bărbat,* parazitul este adăpostit în interiorul căilor urinare, unde nu se face simţit.

CUM SE MANIFESTA TRICOMONIAZA?

– Printr-o senzaţie de arsură la nivelul vulvei şi al intrării în vagin, putând să se întindă şi spre interiorul coapselor

– Prin scurgeri foarte fluide, aspect spumos, şi miros foarte neplăcut

– Raporturi sexuale dureroase

CUM SE TRATEAZĂ TRICOMONIAZA?

Vi se va prescrie un tratament pe cale orală, însoţit eventual de unul local complementar. Va trebui să le urmaţi şi pe unul şi pe celălalt cu multă scrupulozitate, exact după prescripţia medicală.

Acestui tratament i se asociază deseori şi un tratament antimicotic.

Partenerul dumneavoastră trebuie să urmeze şi el acelaşi tratament, dacă nu vreţi să aveţi recidive.

Va trebui să nu aveţi raporturi sexuale pe toată durata tratamentului.

Infecţia chlamydică

CUM SE DETECTEAZĂ O CHLAMYDIOZĂ?

– Prin analiza de laborator a prelevmentelor făcute la nivelul vaginului, colului uterin şi uretrei

– Prin detectarea anticorpilor în sânge; anticorpii sunt fabricaţi de organism pentru a se apăra de un agresor; aşadar, prezenţa lor indică existenţa unei infecţii.

CUM SE TRATEAZĂ INFECŢIA CHLAMYDICĂ?

Printr-o cură cu antibiotice specifice bacteriei. Tratamentul trebuie urmat timp de trei săptămâni.

Partenerul dumneavoastră trebuie de asemenea tratat şi va trebui să vă abţineţi de la orice raport sexual pe toată durata tratamentului.

Blenoragia

– Scurgeri abundente gălbui

– Arsură uşoară la urinat

– Eventual, dureri în josul abdomenului.

La *bărbat,* blenoragia se manifestă mult mai violent:

– Arsuri extrem de vii la urinat

– Urina tulbure

– Scurgeri purulente.

Cum se detectează o blenoragie?

– Prin analiza într-un laborator specializat, a prelevmentelor făcute la nivelul vaginului, colului uterin şi uretrei – printr-o analiză a sângelui.

Cum se tratează o blenoragie?

O blenoragie descoperită la timp, odată vindecată, nu este gravă şi nu lasă sechele.

Tratamentul constă într-o singură administrare pe cale orală a unui antibiotic specific. El poate fi de asemenea administrat prin injecţie intramusculară.

Vindecarea e rapidă, dar mai este necesară supravegherea pentru o perioadă de timp.

Dacă blenoragia nu este tratată, consecinţele ei pot fi foarte grave:

La femeie, infecţia se propagă la uter şi la trompe, având drept consecinţă o posibilă sterilitate.

La bărbat, infecţia se propagă deopotrivă în sistemul urinar şi genital. Consecinţele posibile sunt sterilitatea şi dificultăţile la urinat, datorate strâmtorării uretrei.

Micoplasmozele

Aceste boli, încă puţin cunoscute, sunt provocate de **două bacterii,** *Mycoplasma hominis* şi *Ureaplasma urealyticum,* care sunt prezente în mod obişnuit în flora vaginală. Aceşti germeni se vor dezvolta şi vor deveni patogeni în urma bolilor infecţioase, sau a administrării anumitor medicamente.

CUM SE MANIFESTĂ O MICOPLASMOZA?

În 40 % din cazuri, boala trece neobservată, deoarece nu se manifestă în niciun fel.

La *femeie,* pot apărea câteva scurgeri şi câteodată o uşoară senzaţie de arsură la urinare. La *bărbat,* o uşoară scurgere matinală.

CUM SE TRATEAZĂ MICOPLASMOZELE?

Printr-un tratament cu antibiotice, urmat de ambii parteneri, timp de trei săptămâni.

Dacă boala n**-a fost tratată,** consecinţele pot fi:

– O sterilitate la femeie, ca urmare a unei salpingite, şi, de asemenea, o sterilitate la bărbat ca urmare a unei epididimite

– Avorturi repetate, la femeia însărcinată.

Sifilisul

E vorba de o boală foarte veche, cunoscută şi sub numele de „lues”, datorată bacteriei numite *Treponema pallidum.*

Este o boală foarte contagioasă, discretă şi benignă la început. Apoi evoluează lent, dar inexorabil, timp de câţiva ani, terminând prin a provoca moartea persoanei contaminate.

Cum se manifestă sifilisul?

După circa trei săptămâni de la raportul sexual contaminant, într-o zonă oarecare a vulvei, cel mai adesea pe colul uterin, apare o mică ulceraţie. Această leziune, cu baza tare, este incoloră. Este numită *şancru.* Apariţia lui este însoţită de apariţia câtorva ganglioni duri în zona inghinală.

Persoana infectată nu observă întotdeauna şancrul, mai ales când e situat pe col, ca în majoritatea cazurilor. Boala se transmite aproape sigur unui eventual partener, fără ca cel infectat să-şi dea seama.

Şancrul poate să apară şi în altă parte decât la organele genitale: în gură sau pe un deget. La bărbat e mai uşor de detectat, deoarece apare aproape întotdeauna pe penis.

Şancrul şi ganglionii dispar după 6 – 8 săptămâni.

Dar spirocheta este prezentă în continuare şi îşi continuă opera ei distructivă, în adâncime.

După două-trei luni de la contaminare, sunt atinse pielea şi mucoasele. Pe tot corpul se dezvoltă o erupţie cutanată, asemănătoare celei produse de rujeolă. Pot să i se adauge pete care bat în cenuşiu, sau de un roşu aprins, localizate pe vagin, buze, sau în Interiorul gurii, precum şi coşuri împrăştiate pe palme, tălpi, sau în jurul gurii.

Toate aceste leziuni, prezentându-se foarte diferit în funcţie de individ, sunt deosebit de contagioase. Apariţia şi dezvoltarea lor se poate întinde pe durata mai multor luni. Sunt atinse şi organele interne, ca ficatul sau rinichii, dar nu se manifestă niciun simptom.

După aceste manifestări cutanate, urmează mai mulţi ani fără semne clinice aparente. În pofida analizelor de sânge normale, spirocheta, în continuare prezentă, produce leziuni interne foarte grave şi, de această dată, ireversibile.

În afara altor organe vitale, sunt atinse creierul, coloana vertebrală, ochii, iar bolnavul îşi încheie viaţa paralizat sau nebun.

Aceste forme grave sunt cu totul excepţionale astăzi, în ţările civilizate.

CUM SE DETECTEAZĂ SIFILISUL?

– Prin căutarea microbului – spirocheta – la microscop, pornind de la prelevmentele făcute la nivelul şancrului şi prin căutarea anticorpilor în sânge, pentru a ai! a dacă organismul a fost infectat de bacterie.

– În timpul perioadei lungi în care boala rămâne liniştită, analizele de sânge nu mai relevă urmele anticorpilor, cu toate că spirocheta e totuşi prezentă.

Sifilisul este căutat sistematic în cursul:

– Serviciului militar

– Examenelor prenupţiale

– Primelor examene pentru sarcină.

Sifilisul este efectiv o boală foarte gravă pentru viitorul copil, deoarece spirocheta poate străbate bariera placentară începând cu a 4-a lună şi jumătate de sarcină. Rezultatul va fi:

– Un avort;

– Contaminarea copilului, care se va naşte cu un sifilis congenital.

CUM SE TRATEAZĂ SIFILISUL?

Cu penicilină, injectată intramuscular timp de 15 zile.

Dacă boala este detectată de la începutul ei, se

vindecă 100 %. Tratamentul început într-un stadiu mai târziu, după episodul rozeolei sifilitice, va fi mai lung, dar vindecarea va fi de asemenea completă.

Hepatita B

Hepatita B se datorează unui virus şi se transmite, în mai mult de 50 % din cazuri prin salivă, sânge, spermă şi secreţii vaginale, deci în cursul relaţiilor sexuale.

CUM SE MANIFESTĂ HEPATITA B?

– Prin febră însoţită de o puternică senzaţie de oboseală

– printr-o îngălbenire mai mult sau mai puţin vizibilă a pielii.

CUM SE TRATEAZĂ HEPATITA B?

Nu există tratament specific. Se impune odihna. Boala poate fi prevenită prin vaccinare. Vaccinul se recomandă persoanelor cu risc mărit, cum sunt homosexualii, drogaţii şi personalul care lucrează în domeniul sănătăţii.

Herpesul genital

Această boală, în prezent aflată în plină expansiune,

se datorează unui virus – *Herpes simplex.* Se transmite în cursul raportului sexual. Contaminarea indirectă, prin intermediul scaunului de toaletă de exemplu, este mult mai rară.

Herpesul, fie că e bucal sau genital, nu se vindecă niciodată. La prima infecţie, virusul intră în organism, de unde nu va mai ieşi. Odată episodul inflamator depăşit, virusul rămâne localizat în ganglionii cei mai apropiaţi. Sub efectul unei oboseli, al unui stres fizic sau psihic, sau a apropierii menstruaţiei, el iese din „amorţeală" şi părăseşte ganglionii ca să se manifeste din nou sub forma lui virulentă.

Herpesul va apărea astfel sub forma unor crize recidivante, de-a lungul întregii vieţi.

Boala e contagioasă doar în timpul perioadei sale inflamatorii. În aceste situaţii, trebuie evitat orice contact sexual, fie el chiar cu prezervativ, care se dovedeşte o protecţie insuficientă.

Cum se manifestă herpesul genital?

Mai întâi, printr-o senzaţie de pişcătură, de înţepătură, localizată într-un punct precis. În acest loc va apărea o zonă mai mult sau mai puţin roşie, având la suprafaţă mici vezicule grupate, umplute cu apă. Odată

deschise, acestea se transformă în leziuni foarte dureroase. Într-o săptămână, ele se cicatrizează fără să lase urme.

În cazurile mai grave, se pot simţi ganglionii şi poate apărea o febră uşoară.

CUM SE TRATEAZĂ HERPESUL GENITAL?

Prin administrarea de comprimate antivirale, de 5 ori pe zi, timp de 5 – 10 zile sau prin aplicarea locală a unei pomezi pentru calmare. Tratamentele urmăresc să micşoreze durata crizei, fiindcă până în momentul de faţă, nu există niciun tratament pentru eliminarea definitivă a virusului.

DE CE ESTE PERICULOS HERPESUL GENITAL PENTRU FEMEIA ÎNSĂRCINATĂ?

Pentru că există riscul ca fătul să fie contaminat de virus, în momentul naşterii. Pentru copil, apare atunci riscul contractării unei meningite, sau a unei encefalite, mortale în jumătate din cazuri.

O femeie însărcinată, care a avut o criză de herpes genital cu mai puţin de două luni înainte de data prezumtivă a naşterii, trebuie neapărat s-o semnaleze medicului. Naşterea se va efectua în această situaţie prin

cezariană.

Condiloamele

Se mai numesc „creste de cocoş” sau „vegetaţii veneriene”. Ele se datorează unor virusuri, aparţinând grupei de virusuri *papilomatoase.* Printre acestea, există unele suspectate că pot induce cancerul de col uterin. De aceea, cu toate că sunt benigne, vegetaţiile veneriene (condiloamele) trebuie totuşi luate în serios şi tratate.

Condiloamele sunt rezultate numai prin contaminare sexuală. Sunt foarte contagioase.

CUM SE MANIFESTĂ CONDILOAMELE?

Foarte des nu apare niciun simptom. Este vorba, în aceste cazuri, de condiloame microscopice, care nu se detectează decât pe frotiu. Un test cu acid acetic diluat şi o observare a colului prin colposcopie, vor confirma diagnosticul.

Când leziunile sunt mai importante, se pot vedea cu ochiul liber. Se prezintă ca mici excrescenţe roz sau cenuşii, destul de asemănătoare cu nişte negi mici. Sunt localizate pe faţa internă a labiilor mici, sau a celor mari, la intrarea în vagin, pe col sau chiar pe anus.

CUM SE TRATEAZĂ CONDILOAMELE?

Toate excrescenţele trebuie să fie distruse, altfel existând riscul proliferării lor. Acest lucru se realizează prin diferite procedee, alese în funcţie de gravitatea lor: tratament chimic, electrocoagulare, laser, cu zăpadă carbonică, cu azot lichid.

După aceea, se dovedeşte necesară supravegherea pe durata mai multor luni, pentru a vedea dacă nu apar recidive…

Partenerul trebuie verificat şi tratat la rândul lui, pentru evitarea contaminărilor încrucişate.

SIDA

SIDA este pentru secolul XX, ceea ce era sifilisul pentru cel de-al XIX-lea secol. Flagelul mortal al timpurilor moderne, are „îndrăzneala” să se transmită prin lichidele care reprezintă însăşi viaţa: sângele şi sperma.

Semnalată pentru prima dată în S.U.A. În 1981, cunoaşterea bolii şi a modurilor sale de manifestare a făcut progrese enorme în 10 ani. Chiar dacă nu se poate preveni, pentru că încă nu dispunem de un vaccin, se ştie deja mai bine cum poate fi prelungită viaţa bolnavilor.

SIDA atinge în primul rând homosexualii masculini şi toxicomanii, dar ea nu-i ocoleşte de fapt nici pe ceilalţi. Datorită amestecului populaţiilor şi a libertăţii moravurilor, SIDA priveşte de fapt pe toată lumea.

CE SEMNIFICĂ TERMENUL SIDA?

Termenul provine de la abrevierea denumirii de „Sindrom Imunodeficitar Dobândit” . Când SIDA evoluează la un bolnav, acesta prezintă un ansamblu de tulburări – Sindrom – datorate slăbirii apărării imunitare – Imunodeficienţa – această incapacitate de apărare fiind dobândită – Achiziţionată – la contactul cu virusul.

Organismul atins este lipsit de o parte din globulele sale albe, garanţii imunităţii, care sunt distruse de virus. El rămâne atunci pradă unei multitudini de infecţii, care pun bolnavul în pericol de moarte.

CARE ESTE CAUZA SIDA?

Boala se datorează **virusului** HIV (virusul imunodeficienţei umane), care face parte din familia retrovirusurilor. El contaminează ***limfocitele*** T4, care sunt o categorie de globule albe ce ne prote…?

HIV are ca particularitate esenţială aceea că încorporează propriul cod genetic în codul genetic al celulei infectate. Noile celule, provenite din diviziunea celulei infectate, vor conţine şi ele codul genetic viral. În acest mod, virusul rămâne în organism.

– El va rămâne înglobat în limfocite timp de mai

mulţi ani, fără să se manifeste prin simptome particulare. Bolnavul este aşa-zis *purtător sănătos* sau bolnav asimptomatic. El este seropozitiv şi contagios.

– După un anumit număr de ani, virusul se va multiplica şi va infesta din ce în ce mai multe limfocite, privând puţin câte puţin organismul de întreaga sa capacitate de apărare imunitară. Este faza de debut a bolii SIDA.

CUM SE TRANSMITE VIRUSUL HIV?

În principal prin sânge, spermă şi secreţiile vaginale, care conţin limfocite. Limfocitele sunt globulele albe care adăpostesc virusul.

Transmiterea pe cale sanguină are loc mai ales:

– Prin schimbarea între toxicomani, a seringilor contaminate, toxicomania fiind sursa cea mai importantă de propagare a bolii, în mod deosebit pentru femei

– Prin transfuzii sanguine înainte ca donatorii de sânge să fie sistematic testaţi.

Transmiterea pe cale sexuală se face prin intermediul spermei sau al secreţiilor vaginale, având un contact cu sângele.

Virusul trebuie în fapt să pătrundă în organism prin circulaţia sanguină, pentru că el se fixează în globulele

albe ale sângelui. El se va transmite, deci, în timpul actului sexual, când sperma sau secreţiile vaginale se găsesc în contact cu mucoasele sexuale (penis sau vagin), rectale sau bucale. Este suficientă o mică zgârietură, chiar microscopică, a acestor mucoase care sunt foarte fragile, pentru ca virusul să pătrundă. Aceasta este cauza pentru care…? împotriva agresiunilor microbiene.

Raporturile rectale, mai traumatizante decât celelalte, au favorizat trecerea virusului şi deci dezvoltarea bolii la homosexualii masculini.

Un bărbat seropozitiv contaminează mai uşor o femeie sănătoasă decât invers, deoarece mucoasa vaginală este mai fragilă decât mucoasa penisului.

Transmiterea materno-fetală.

Este transmiterea virusului de la mama contaminată la copilul său.

Această contaminare are loc în cea de-a 13-a săptămână de sarcină, prin străbaterea placentei de către virus.

Contactele buco-genitale pot duce la contaminare?

Virusul trece de la sânge la sânge, de la spermă la sânge, sau de la secreţiile vaginale la sânge. După starea

gingiilor şi cea a muşchilor genitali, virusul va putea fi transmis:

– La bărbat, de la femeia contaminată, în cazul amorului oral

– La femeie, de la bărbatul contaminat care ejaculează în gura partenerei sale.

– **Se poate şti imediat dacă s-a produs o contaminare?**

Din păcate nu întotdeauna căci, în majoritatea cazurilor (80%), infecţia trece neobservată.

Organismul reacţionează la contaminare în doar 20 % din cazuri. Aceasta se poate produce în diferite moduri: febră însoţită de oboseală puternică şi dureri de cap, apariţia de ganglioni la gât şi sub braţe, posibile erupţii cu coşuri mici, roşii.

Aceste simptome durează câteva zile şi nimic nu indică gravitatea viitoare a bolii.

Ce înseamnă să fii seropozitiv?

În caz de contaminare cu un virus, organismul reacţionează producând anticorpi care să-l neutralizeze. Persoana care posedă aceşti anticorpi este numită seropozitivă pentru virus. A fi seropozitiv în cazul SIDA, înseamnă că:

– Organismul a fost contaminat cu virusul HIV

– Organismul a dezvoltat anticorpi anti-HIV.

A fi seropozitiv, nu înseamnă că eşti atins de SIDA. Înseamnă doar că organismul găzduieşte virusul.

O persoană seropozitivă poate:

– Să fie un purtător sănătos

– Să dezvolte ulterior boala, fiindcă anticorpii sunt ineficienţi, în orice caz, o persoană seropozitivă transmite virusul.

Cum să ştii dacă eşti seropozitiv?

Făcând un test serologic. El vă va fi prescris de medic şi va fi efectuat în laborator. Constă în prelevarea de sânge, în care se caută prezenţa anticorpilor anti-HIV, care confirmă penetrarea virusului în organism.

Dacă testul este pozitiv, se caută confirmarea lui cu ajutorul unui al doilea test, mai elaborat decât primul.

Dacă testul e negativ, acest lucru nu înseamnă că n-aţi fost infectat, fiindcă anticorpii nu apar decât după 2 – 3 luni după contaminare.

Dacă aveţi un dubiu privind raporturile dumneavoastră sexuale, aveţi tot interesul să faceţi un al doilea test, 3 luni mai târziu, ca să obţineţi confirmarea negativităţii.

Testele serologice se prescriu din ce în ce mai des în cadrul examenelor prenupţiale şi la începutul sarcinii…

TREBUIE URMAT UN TRATAMENT MEDICAL DACĂ SUNTEŢI SEROPOZITIV?

Da, este de dorit. Chiar dacă nu aveţi niciun simptom, va trebui să fiţi văzut periodic. La fiecare 6 luni vi se va face:

– Un examen clinic complet

– O analiză a sângelui pentru numărarea limfocitelor.

În anumite cazuri, poate fi început un tratament înaintea apariţiei bolii.

CE PRECAUŢII TREBUIE LUATE CÂND SUNTEŢI SEROPOZITIV?

Pentru viaţa de zi cu zi, nu trebuie să luaţi măsuri deosebite. Virusul nu se transmite prin activităţile obişnuite, nici chiar prin sărut.

În privinţa vieţii sexuale, situaţia se prezintă însă diferit. Va trebui, în mod obligatoriu, să:

– Vă preveniţi partenerul că sunteţi seropozitiv

– Luaţi măsuri de precauţie, utilizând prezervativele.

CARE SUNT PRIMELE SEMNE ALE BOLII SIDA?

O persoană seropozitivă poate rămâne mulţi ani, fără să apară niciun simptom. Vine însă o zi, când virusul, multiplicându-se din nou, slăbeşte apărarea imunitară.

Atunci încep să apară diferite tulburări:

– Oboseală foarte accentuată

– Diaree persistentă

– Slăbire puternică

– Febră

– Tot felul de infecţii mărunte.

Prezenţa mai multor asemenea necazuri trebuie să vă determine să consultaţi medicul.

CUM SE MANIFESTĂ SIDA?

Sub acţiunea virusului HIV, care s-a multiplicat şi a distrus toate limfocitele T4, organismul a pierdut puţin câte puţin posibilităţile lui de apărare imunitară. Nu mai poate reacţiona împotriva:

– *Agresiunilor microbiene,* dezvoltând boli numite oportuniste *multiplicării anarhice a celulelor,* dezvoltând cancere. Până la Urmă, ajung să fie atinse toate organele: pielea şi mucoasele, plămânii, tubul digestiv, creierul şi sângele. Ansamblul tuturor aces**tor** boli devine, în cele din urmă, fatal pentru bolnav.

SIDA se produce deci, când sistemul imunitar este complet distrus de către virus. Persoana atinsă nu mai poate să se apere împotriva bolii. Ea se va afla la bunul plac al:

– **Bolilor oportuniste,** produse de germeni care în mod obişnuit **nu** sunt prea periculoşi, dar care devin acum, dată fiind dezvoltarea **lor** excesivă:

Micoze bucale

– Herpes

– Pneumocitoză: o pneumonie cu tuse seacă, însoţită de febră uşoară, aceasta fiind adesea, una din primele manifestări ale bolii.

Leziunilor neurologice, care se manifestă prin:

– Dureri de cap, care anunţă o meningită sau o encefalită

– Tulburări ale echilibrului.

– **Sarcomului lui Kaposi,** care este un cancer al pielii şi mucoaselor ce afectează o treime dintre cei atinşi de SIDA. Apare sub forma plăcilor tumorale brune sau bleu, care se pot întinde pe tot corpul.

Diverselor cancere. Celulele canceroase se înmulţesc, fără a mai putea fi oprite. Cele mai obişnuite cancere sunt cele ale globulelor albe, prezente în ganglionii limfatici. Sunt numite *limfoame.*

CUM SE TRATEAZĂ SIDA?

În prezent, nu se cunoaşte o modalitate de vindecare a acestei boli. Nu există niciun tratament capabil să distrugă virusul prezent în celule. Îngrijirile ce se dau

urmăresc mai multe obiective:

Tratamentul bolilor oportuniste

Se tratează rând pe rând bolile, pe măsură ce apar. Cum organismul nu se mai poate apăra, ele recidivează cu virulenţă mai mare sau mai mică. Se încearcă deci, ajutorarea bolnavului cu medicamentele specifice fiecărei boli.

Tratamentul antiviral

Scopul lui principal este să frâneze multiplicarea virusului.

Produsul cel mai eficient până în prezent este „AZT”, care reuşeşte să încetinească evoluţia bolii. Sunt în curs de testare şi alte formule. Toate dau însă şi efecte secundare.

Tratamentul cu imunomodulatori

El are drept scop să mărească numărul celulelor de apărare şi astfel să întărească sistemul imunitar ai organismului atins.

Imunoterapia pare destul de promiţătoare, dar nu este decât în stadiu experimental şi, deocamdată, nu poate fi aplicată la scară mare.

Continuă în toată lumea cercetările pentru obţinerea unui **vaccin.** Ele se lovesc de numeroase dificultăţi, în mod deosebit de instabilitatea virusului.

CUM POATE FI PREVENITA SIDA?

În absenţa unui vaccin şi a unui tratament cu adevărat eficiente, singura posibilitate de a evita boala este prevenirea.

Pe plan personal, prevenirea se obţine prin:

– folosirea sistematică a prezervativelor, în cazul partenerilor sexuali numeroşi sau a partenerilor întâmplători

– prevenirea partenerului şi protecţia obligatorie în cazul seropozitivităţii

– prevenirea personajului de îngrijire, în cazul spitalizării unei persoane seropozitive

– efectuarea de teste regulate, dacă faceţi parte dintr-o populaţie expusă riscului: homosexuali, bisexuali, toxicomani şi partenerii lor sexuali.

– Pe plan colectiv, prevenirea se realizează prin:

– Depistarea obligatorie a donatorilor de sânge şi de organe

– Punerea în vânzare liberă a seringilor, pentru evitarea contaminării printre toxicomani

– utilizarea produselor de unică folosinţă, în mediile spitaliceşti. Rămâne prevenirea transmiterii materno-fetale, care pune mari probleme etice. Nimeni nu poate obliga o mamă seropozitivă să avorteze, nici să-i ceară să

renunţe la a da naştere unui copil.

Au fost create mai multe *asociaţii* ca să promoveze informaţia privitoare la SIDA şi să ofere un sprijin moral persoanelor atinse.

PROTECŢIA MEDICALĂ

Medicina veghează asupra sănătăţii femeilor, fie în domeniul prevenirii, fie în cel al căutării şi stabilirii diagnosticului.

Tehnici numeroase, cele mai multe nedureroase, permit cercetări din ce în ce mai fine pentru stabilirea diagnosticului. Ele sunt de importanţă capitală, fiindcă un diagnostic stabilit de timpuriu, va evita evoluţia unei boli, a cărei finalitate poate fi fatală. Se va evita de asemenea, să se ajungă la intervenţii chirurgicale care produc mutilări.

PREVENIREA

Prevenirea în ginecologie este un lucru esenţial, deoarece ea creează posibilitatea detectării la timp a unei anomalii, care astfel va putea fi tratată devreme, înainte de a degenera într-o boală mai gravă. Este cu atât mai necesară, cu cât dă posibilitatea ca, prin depistare timpurie, să se evite un număr însemnat de cancere.

Consultaţia ginecologică

Consultaţia ginecologică este un act de prevenire în sine, de la care nu trebuie să vă sustrageţi. Sub pretextul că „treaba asta nu-mi place”, mult prea multe femei nu sunt văzute niciodată de un ginecolog, în afara cazurilor de sarcină. Or, cancerele genitale, Inclusiv cele la sâni, reprezintă jumătate dintre cancerele la femei. Nu ar fi deci ceva exagerat să fiţi urmărită medical cu regularitate, şi să faceţi câteva examene de observaţie, cum ar fi frotiurile şi mamografiile, pentru a avea mai multă siguranţă.

Să ştiţi că există în prezent foarte mulţi ginecologi femei. Vă puteţi alege prin urmare un medic, cu care să vă simţiţi mai în largul dumneavoastră.

În ginecologie, ca şi în medicina generală, este mai bine să *rămâneţi fidelă unui singur medic,* deoarece:

– Se stabileşte o relaţie de încredere: puţin câte puţin timiditatea vi se va risipi şi veţi îndrăzni să puneţi întrebări

– El vă cunoaşte dosarul şi va şti să ia hotărâri rapide în caz de urgenţă

– Vă urmăreşte evoluţia ginecologică şi poate detecta rapid orice anomalie.

Este foarte important să vă simţiţi în largul dumneavoastră în prezenţa ginecologului. Dacă la primul contact nu reuşiţi să stabiliţi un dialog, dacă în prezenţa

lui nu vă simţiţi bine, schimbaţi-l, deoarece cu el va trebui să fiţi în stare să vorbiţi deschis, despre toate problemele dumneavoastră intime.

Nu vă faceţi toaletă intimă profundă, mai ales dacă aveţi o infecţie care se manifestă prin scurgeri, ca să nu denaturaţi diagnosticul. Medicul va trebui să vadă şi să preleveze secreţiile vaginale.

– **Notaţi:**

– Data precisă a ultimei menstruaţii în funcţie de situaţie, data:

– Sângerărilor neobişnuite

– Începutului manifestărilor de infecţie

– Începutului durerilor

– Oricărui fenomen care vi se pare anormal.

Aduceţi toate rezultatele examenelor anterioare, ca eventualele frotiuri sau mamografii.

Dacă este vorba de prima consultaţie, ea începe cu:

Un interogatoriu despre:

– Antecedentele dumneavoastră medicale şi ginecologice

– Eventualele boli ale părinţilor dumneavoastră, care ar putea fi ereditare, ca diabetul, hipertensiunea arterială

– Prezenţa cancerelor ginecologice sau la sân în

familia dumneavoastră.

CE TREBUIE SĂ FACEM ÎN ZIUA DE CONSULTAŢIE?

CUM SE DESFĂŞOARĂ CONSULTAŢIA?

I Examenul cu speculul

Se face sistematic, la fiecare consultaţie. Nu este absolut deloc dureros. Este nevoie însă de înţelegere pentru a-l accepta, fiindcă – I creează o stare de jenă, mai ales la tinerele care îşi încep viaţa sexuală şi prin urmare nu au obişnuinţa acestui gen de examen.

Examenul se practică întinsă pe masa ginecologică. Speculul – se un instrument care se introduce uşor în vagin, pentru a-i îndepărta pereţii. Medicul poate astfel să observe vaginul, dar şi colul uterin care poate fi văzut şi el în profunzime.

El prelevează secreţii vaginale, pe care le examinează la microscop, ca să determine prezenţa germenilor obişnuiţi, sau prezenţa germenilor infecţioşi. Face, de asemenea, prelevările necesare pentru frotiurile de depistare, care vor fi trimise la un laborator.

Examenul durează doar câteva minute.

– Tuşeul manual

Prelevările odată încheiate, medicul retrage speculul şi introduce în vagin două degete acoperite de o mănuşă de protecţie din cauciuc foarte fin şi steril. Cu cealaltă mână, apasă pe abdomen ca să simtă mai bine uterul şi ovarele.

Examenul, nedureros, este foarte rapid; durează cel mult un minut.

Palparea sânilor

Înainte de a coborî de pe masa ginecologică, vi se va face şi un examen sistematic al sânilor, întâi în poziţie culcată, apoi aşezată.

Medicul verifică, apăsând mamelonul, dacă nu există nicio scurgere, apoi caută sub braţ o eventuală prezenţă a ganglionilor.

LA CE VÂRSTĂ TREBUIE SĂ CONSULTAŢI GINECOLOGUL PENTRU PRIMA DATĂ?

Fetiţa care prezintă mâncărimi ale vulvei, sau scurgeri, trebuie prezentată la ginecolog.

În general, *tânăra* se duce la consultaţie prima dată când îşi începe viaţa sexuală şi are nevoie de pilule. La

această primă consultaţie, dacă fata este virgină, medicul nu va utiliza speculul şi nici tuşeul. Se mulţumeşte să-i pună întrebări despre trecutul medical, să-i ia tensiunea arterială, s-o cântărească şi să-i prescrie **o** analiză pentru determinarea colesterolului. El va face primul frotiu de depistare la circa 6 luni după primele raporturi sexuale, în momentul când se reînnoiesc pilulele.

MAI ESTE NEVOIE SĂ CONSULTAŢI GINECOLOGUL DUPĂ MENOPAUZA?

Mai mult ca niciodată. În perioada din jurul menopauzei apar cele mai multe probleme ginecologice.

După menopauză, trebuie să continuaţi să faceţi frotiuri de depistare în fiecare an şi câte o mamografie la fiecare 18 luni.

Femeile care urmează un tratament substitutiv al menopauzei trebuie să facă controale foarte regulat. Probabilitatea cancerelor mortale se micşorează net în acest fel, deoarece ele se pot detecta încă de la început.

Frotiurile

Frotiul este un *test de depistare,* care permite detectarea celulelor uterine anormale, înainte ca ele să se transforme în celule canceroase. Acest test este deci de

importanţă capitală.

Frotiul coiului permite depistarea:

– *Displaziilor,* care sunt celule anormale sau leziuni cu diferite grade de gravitate

– *Condiloamelor,* care sunt mici excrescenţe produse de virusuri; netratate, aceste leziuni pot evolua în cancer, dar tratate la timp, se vindecă definitiv, eliminând astfel orice risc de cancer.

Frotiurile vaginale dau informaţii asupra funcţionării ovarelor. Vaginul este într-adevăr un organ ţintă al hormonilor ovarieni, iar gradul de impregnare a celulelor vaginale cu aceşti hormoni reflectă activitatea ovariană.

CUM SE REALIZEAZĂ UN FROTIU? Frotiul se practică în cursul unei consultaţii ginecologice obişnuite, sau într-un laborator, dacă v-a fost prescris de medicul dumneavoastră curant.

Cu speculul aşezat în aşa fel încât să poată vedea colul uterin, medicul culege de la trei nivele diferite, răzuind uşor, celulele detaşate:

– Din fundul vaginului

– De la suprafaţa colului (frotiul cervical)

– Din canalul colului (frotiul endo-cervical).

Celulele sunt depuse pe lamele de sticlă, sunt fixate cu ajutorul unui spray şi trimise la un laborator specializat, unde sunt analizate. Rezultatul îi este apoi comunicat direct medicului, care vă convoacă, dacă este cazul.

Prelevarea frotiului este complet nedureroasă, colul uterin neavând o sensibilitate deosebită.

CUM SE INTERPRETEAZĂ CLASIFICAREA FROTIURILOR?

– *Clasa I* corespunde unui col perfect. El nu se întâlneşte practic decât la fetele tinere aflate la începutul vieţii lor sexuale.

– *Clasa a II-a* este cea mai frecventă. Este cea a femeilor având relaţii sexuale cu continuitate, sau a celor cu copii. Apar câteva celule diferite de celulele normale, dar care nu sunt suspecte. Pentru mai multă claritate, pe acest tip de frotiu se remarcă lipsa celulelor suspecte, sau a celulelor atipice.

– *Clasa a III-a* corespunde unui frotiu suspect, care trebuie refăcut pentru confirmare.

– *Clasele a IV-a şi a V-a* sunt frotiuri suspecte, care necesită examene complementare.

Denumirile de clase – a III-a, a IV-a, sau a V-a, nu sunt totuşi utilizate. Se preferă să se vorbească despre

displazii, subdivizate în displazii uşoare, medii sau grave.

Celulele displazice netratate evoluează în celule canceroase. De unde interesul indiscutabil de a fi detectate înainte.

CARE SUNT LIMITELE FROTIULUI?

Frotiul este un examen doar pentru *depistarea cancerului de col.* El nu furnizează nicio informaţie privind cancerul endometrului (mucoasei uterine), nici despre cel situat pe peretele exterior al uterului, cel al trompelor, sau al ovarelor.

Cancerul de col odată depistat, este indispensabilă efectuarea unor analize complementare aprofundate, pentru stabilirea unui diagnostic definitiv. Un frotiu suspect este urmat de observarea colului printr-o colposcopie (vezi pag. 292) şi în funcţie de caz, este completat cu o biopsie, adică prelevarea unui fragment de ţesut.

CÂND TREBUIE FĂCUT UN FROTIU?

Primul frotiu va fi făcut la puţină vreme după primele raporturi sexuale. Medicul ginecolog consultat pentru prescrierea pilulelor este cel care va hotărî să-l facă în cursul examenului ginecologic de rutină. Apoi, urmează

ca dumneavoastră să-l consultaţi pentru *un frotiu o dată pe an,* sau cel mult o dată la 18 luni.

Cu toate că celulele displazice au nevoie de mai mulţi ani ca să se transforme în cancer, e mai bine să fiţi prudentă.

Dacă displazia este de origine virală, trebuie luate precauţii în timpul raporturilor sexuale, pentru evitarea contaminării încrucişate, care împiedică vindecarea. Se va practica un frotiu de control la intervale de şase luni, pentru a se verifica revenirea la o stare celulară normală.

Schimbările frecvente ale partenerilor favorizează propagarea virusurilor. Aceasta este cauza pentru care se depistează din ce în ce mai multe displazii la fetele tinere.

Cel mai bun moment pentru realizarea frotiului se situează înaintea ovulaţiei, dar acest lucru nu are o importanţă hotărâtoare. Se vor evita doar perioadele menstruaţiei sau cele în care e prezentă o infecţie vaginală.

Supravegherea sânilor

Sânul este un organ care trebuie supravegheat în mod deosebit. El este „punctul slab” al femeii, acolo apărând 28 % dintre cancere.

Există numeroase examene care permit o depistare

precoce şi asigură astfel toate şansele de vindecare.

Nu toţi „nodulii” observaţi la sâni sunt cancere. În mod evident, nici examenele nu sunt toate indispensabile.

EXAMENUL CLINIC

Examenul sânilor face parte din consultaţia ginecologică obişnuită şi trebuie practicat sistematic. Se face cu bustul gol, în poziţie culcată, apoi aşezată.

Medicul palpează sânii pentru a descoperi eventuale umflături. Doar prin tuşeu, după consistenţa şi mobilitatea umflăturilor, poate intui deja dacă este vorba de un adenofibrom, de un chist, sau de o tumoare canceroasă. Totuşi, nu va acţiona pe baza unei bănuieli şi va trebui să recurgă obligatoriu la examene complementare de explorare a sânului.

În afara tuşeului, medicul apasă mameloanele ca să vadă dacă nu există scurgeri şi verifică prezenţa ganglionilor sub braţ.

OBSERVAŢIA: CUM S-O PRACTICĂM?

Aşezaţi-vă în faţa unei oglinzi, sub o lumină bună, cu braţele pe lângă corp. Urmăriţi dacă:

– Forma şi conturul sânilor au aceeaşi regularitate unul în raport cu celălalt

– Nu există un rid, sau o mică adâncitură în piele, undeva pe sân

– Pielea nu prezintă o zonă roşiatică suspectă, alta decât un mic coş de suprafaţă

– Un mamelon nu este parţial întors

– Un mamelon supurează sau curge.

CE ESTE AUTOPALPAREA?

Prin autopalpare se înţelege examinarea manuală a sânilor. Fiecare sân are o structură particulară: poate fi omogen, cu o consistenţă specifică, sau poate fi granulos, îndeosebi pe partea superioara externă, spre braţ, unde glanda e mai abundentă.

Prin practica regulată a autopalpării, vă veţi familiariza cu textura sânilor dumneavoastră, ceea ce vă va permite să detectaţi prin comparare ceva neobişnuit, cum ar fi:

– Apariţia unui mic nodul

– Îngroşarea unui nodul preexistent.

În oricare dintre cazuri, veţi consulta medicul, care va face un nou examen. El vă va linişti, sau vă va dirija spre alte examene complementare. (Vezi pag. 289.)

CUM SE PRACTICĂ AUTOPALPAREA?

Stând în picioare, separaţi în gând fiecare sân în 4 cadrane şi palpaţi fiecare centimetru pătrat, făcând sânul să alunece pe coaste.

La sfârşit, apăsaţi pe mamelon, ca pentru a stoarce un lichid. În mod normal, nu trebuie să supureze.

Reîncepeţi examenul, de data aceasta stând culcată, palpând mai ales zona de sub braţ. Dacă simţiţi un ganglion dur şi imobil, prezentaţi-vă la medic.

Autopalparea nu vă scuteşte de vizita anuală la ginecolog, care trebuie să facă o palpare temeinică a sânilor. După 45 de ani, el vă va prescrie câte o mamografie la fiecare doi ani. (Vezi pag. 289.)

CÂND SE FAC ACESTE EXAMENE?

Cu regularitate, o dată pe lună, ca să ajungeţi să vă cunoaşteţi bine şi să fiţi capabilă să apreciaţi imediat orice mică diferenţă ce ar apărea la un sân, sau la celălalt.

Alegeţi întotdeauna aceeaşi perioadă a ciclului. Cel mai bun moment se situează la începutul ciclului, la câteva zile după menstruaţie, când sânii nu sunt încă tensionaţi şi nu s-au umflat datorită schimbărilor hormonale care preced ovulaţia, iar după aceea datorită celor care declanşează menstruaţia.

În faţa unei oglinzi, priviţi dacă unul dintre sâni nu prezintă un rid, o mică adâncitură, sau dacă un mamelon nu este parţial întors.

Palpaţi-vă sânii
În căutarea unui nodul.

Presaţi pe mameloane ca să vă asiguraţi că nu există nicio scurgere.

În poziţie culcată

Palpaţi fiecare sân cu mai multe degete, centimetru cu centimetru, făcându-l să alunece peste coaste.

AUTOPALPAREA

MAMOGRAFIA

Este o radiografie a sânilor, realizată cu ajutorul unui aparat numit *senograf.* Examenul nu e dureros, cu toate că sânii trebuie menţinuţi Strânşi, unul lângă celălalt, între două plăci, pe durata necesară efectuării unei fotografii. Din acest motiv, este preferabil să faceţi examenul în perioada care urmează menstruaţiei, când sânii sunt mai destinşi.

După radiografie, medicul vă face un examen clinic şi vă explică ce a observat pe plăcile radiografice developate.

Mamografia este absolut indispensabilă ca examen de depistare a cancerului.

CÂND SE PRACTICĂ MAMOGRAFIA?

Radiografia sânilor este cerută de ginecolog atunci când:

– Un sân prezintă o grosime anormală

– Pentru depistarea unui eventual cancer:

– Începând de la 40 de ani, la o femeie care prezintă

mai mulţi factori de risc

– După 45 de ani, ca examen de rutină pentru depistarea cancerului; acesta este decelabil printr-o mamografie, de la dimensiunea de 3 mm, pe când printr-un examen clinic, abia când are deja 1 cm în diametru

– La menopauză, înainte de începerea unui tratament hormonal, înaintea unei operaţii estetice la sâni.

MAMOGRAFIA ESTE PERICULOASĂ? Absolut deloc, fiindcă aparatele actuale produc doze foarte mici de raze X.

Importanţa acestui examen pentru depistarea unui cancer este atât de mare, încât riscurile lui sunt cu adevărat neglijabile în comparaţie cu avantajele.

CARE ESTE INTERVALUL IDEAL DINTRE DOUĂ MAMOGRAFII?

Pentru o bună supraveghere a sânilor, mamografia trebuie să se repete la intervale regulate:

– În jurul vârstei de 45 de ani, se va face o mamografie la fiecare doi ani

– Începând cu 50 de ani, ea se va face la fiecare 18 luni.

ESTE POSIBILĂ EFECTUAREA UNEI

MAMOGRAFII ÎN PERIOADA DE SARCINĂ?

Da, cu excepţia primelor două luni de sarcină, în care se formează toate organele copilului.

Radiologul, prevenit, vă va proteja abdomenul cu o placă de plumb, care opreşte razele X. Acest examen nu va fi prescris, decât dacă este neapărat necesar pentru stabilirea unui diagnostic, cum ar fi apariţia unui nodul dur, greu de identificat.

STABILIREA DIAGNOSTICULUI

Când îşi face apariţia o tulburare, sau când examenele de depistare Indică o anomalie, se fac cercetări complementare pentru stabilirea diagnosticului.

DOZAJELE HORMONALE

Constau în măsurarea *nivelului de hormoni sexuali* secretaţi de hipofiză, de ovare, sau al celor emişi în timpul perioadei de sarcină.

Dozajele plasmatice înlocuiesc în prezent dozajele urinare. E suficient să se recolteze o cantitate de sânge într-un laborator, care transmite prelevmentul unui laborator specializat în endocrinologie.

CÂND SE PRACTICĂ DOZAJELE HORMONALE?

De fiecare dată când sunt necesare informaţii privind funcţionarea uneia sau alteia dintre glande:

– Dozajul estradiolului şi al progesteronului este cerut la începutul menopauzei, pentru a se estima activitatea ovarelor

– Dozajul hormonilor FSH ŞI LH se practică de asemenea în momentul menopauzei.

PRELEVMENTELE VAGINALE

Prelevmentele vaginale nu trebuie să fie confundate cu frotiurile. Ele constau în *prelevarea secreţiilor* culese din diferite locuri din vagin.

Prelevările vaginale se fac în laboratorul care le şi analizează. Se recomandă să nu se facă o toaletă profundă înainte, pentru a nu influenţa rezultatele.

CÂND SE PRACTICĂ PRELEVMENTUL VAGINAL?

De fiecare dată când apar scurgeri neobişnuite, mai abundente sau rău mirositoare, care reflectă o stare infecţioasă.

Laboratorul determină germenul infecţios incriminat şi antibioticul susceptibil să-i vină de hac.

COLPOSCOPIA

Colposcopia este *examenul de observare a pereţilor vaginali şi a colului* uterin, cu ajutorul unui sistem optic perfecţionat. Se practică de fiecare dată când un frotiu dă la iveală celule anormale, fie că e vorba de o displazie a colului, sau de o leziune datorată unui virus.

Colposcopia este un examen benign, care se desfăşoară în cabinetul ginecologului. Se practică de preferinţă între a 8-a şi a 14-a zi a ciclului, când colul este bine deschis.

Se introduce speculul şi se badijonează colul cu diferite produse ca lugolul, sau acidul acetic diluat, care pun în evidenţă zonele suspecte.

HISTEROGRAFIA

Histerografia este o *radiografie a cavităţii uterine şi a trompelor.* Pentru a fi realizată, acestea trebuie opacizate cu un produs iodat. Opac la razele X, introdus prin colul uterin.

Introducerea este făcută uşor de către radiolog, cu ajutorul unei canule adaptate la orificiul colului. Avansarea produsului în cavitatea uterină şi în trompe este urmărită pe parcursul radioscopiei, şi se fac clişee fotografice în diferite etape.

Histerografia se practică între a 6-a şi a 12-a zi a ciclului, înaintea datei presupuse a ovulaţiei, casă nu existe riscul iradierii unui ovocit fecundat.

Examenul este puţin dureros. De aceea, se recomandă să se pună un supozitor antispasmodic în ajun, şi un altul, cu o oră sau două înaintea examenului.

Când se practică histerografia?

– Când se face un bilanţ al sterilităţii, histerografia permiţând observarea trompelor în cazul endometriozei (vezi pag. 212)

– În cazul sângerărilor după menopauză

– Pentru cercetarea polipilor şi a fibroamelor

– Pentru verificarea stării unei cicatrice după cezariană, înaintea instalării unui sterilet.

HISTEROSCOPIA

În cadrul acestui examen se asociază două posibilităţi*: – observaţia* – graţie unui instrument optic numit histeroscop – a pereţilor interiori ai uterului, care sunt menţinuţi îndepărtaţi cu ajutorul unui gaz injectat în cavitate

– *Acţiuni operatorii în interiorul uterului,* cu ajutorul unor instrumente chirurgicale foarte fine, introduse prin

histeroscop.

Când se face doar cu scopul observării, examenul se face în cabinetul ginecologului. Puţin dureros, el este mai bine suportat cu ajutorul unui supozitor antispasmodic, pus cu o oră sau două înaintea examenului.

Când histeroscopia are scopul efectuării unei mici intervenţii chirurgicale, se face la spital şi sub anestezie generală.

Când se practică histeroscopia?

De fiecare dată când:

– Trebuie depistată o anomalie a uterului

– Este necesară o mică intervenţie chirurgicală:. – biopsie

– Ablaţia polipilor sau a fibroamelor mici

– Chiuretaj

– Retragerea unui sterilet ale cărui fire nu se mai simt la tuşeu.

COLIOSCOPIA

Prin colioscopie se înţelege *observarea interiorului abdomenului,* cu ajutorul unui fin tub optic luminos, numit *endoscop.*

Acesta se introduce printr-o incizie practicată la

nivelul ombilicului. Se insuflă gaz carbonic în abdomen, pentru ca organele să se separe bine unele de altele şi astfel să fie mai uşor observabile. Se poate astfel observa distinct exteriorul uterului, al trompelor, ovarelor şi ansamblului cavităţii pelviene.

Colioscopia este un examen care necesită anestezie generală şi o spitalizare de două – trei zile.

Când se practică o colioscopie?

Se realizează în toate cazurile în care este necesară observarea unor organe pentru stabilirea sau confirmarea unui diagnostic:

– Dureri pelviene persistente

– Salpingita (inflamarea trompelor)

– Bănuiala unei sarcini extrauterine

– Bilanţul sterilităţii, în completarea unei histerografii care a revelat o anomalie la nivelul trompelor

– Culegerea unor ovocite din ovar, pentru o fecundare in vitro

– Ligatura trompelor.

Colioscopia poate merge dincolo de simplul diagnostic. Ea poate fi folosită chiar pentru a face *prelevmente fără deschiderea abdomenului,* în acest scop, se introduce o a doua sondă prevăzută cu microinstrumente, printr-o incizie practicată la nivelul

pubisului.

De notat, că inciziile sunt atât de mici, încât cicatricele sunt complet invizibile.

BIOPSIA

Biopsia constă în *prelevarea unui mic fragment de ţesut,* care să poată fi examinat mai atent într-un laborator. Ea se practică odată cu colposcopia.

Biopsia colului este prelevarea unui mic fragment de ţesut cervical cu o pensă foarte fină.

Biopsia colului nu durează decât câteva secunde şi nu este dureroasă. Prelevmentul este depus într-un lichid fiziologic şi trimis la laborator. Astfel se va stabili un diagnostic definitiv. El dă posibilitatea aplicării unui tratament corespunzător.

Biopsia endometrului este prelevarea unui mic fragment din mucoasa internă a uterului. Pentru aceasta, se introduce o canulă mică în cavitatea uterină, prin canalul colului. Dacă acesta este strâmt, intervenţia poate fi puţin dureroasă, dar cum durează doar câteva secunde, durerea încetează rapid.

Biopsia endometrului se practică în caz de:

– Sângerări în afara menstruaţiilor şi mai ales după menopauză

– Sterilitate, pentru evaluarea impregnării

hormonale a mucoasei şi deci pentru aprecierea funcţionării ovarelor.

ECOGRAFIA

Ecografia permite *observarea organelor interne,* sau a *fătului în gestaţie,* cu ajutorul ultrasunetelor.

Ultrasunetele, imperceptibile pentru urechea omului, traversează substanţe de natură diferită, cu viteze diferite. Atunci când un fascicul de unde întâlneşte un organ, este reflectat şi se întoarce spre sursa de emisie, ca un ecou. Este captat, transformat în imagine şi proiectat pe un ecran luminos.

Ecografia este complet lipsită de durere pentru mamă şi inofensivă pentru făt. Singura constrângere la care este supusă pacienta, este de a bea o jumătate de litru de apă cu o oră înaintea examenului, pentru a avea vezica plină, lucru ce permite delimitarea uterului.

Sonda cu ultrasunete este deplasată pe abdomenul care a fost uns în prealabil cu un gel, destinat să asigure un contact perfect. Pe ecran apar diferite imagini, dintre care cele mai semnificative sunt fotografiate.

CÂND SE PRACTICĂ ECOGRAFIA?

În ginecologie, ecografia serveşte la:

– Detectarea prezenţei unui fibrom uterin, sau a unui chist al ovarului

– Obţinerea de informaţii asupra dezvoltării foliculilor ovarieni, în vederea unei fecundări in vitro

– Stabilirea eventualităţii unei sarcini multiple

– Verificarea localizării unui sterilet ale cărui fire nu se mai simt la tuşeul vaginal.

Ecografia nu permite observarea corectă a unor polipi mici situaţi în uter, nici aprecierea stării trompelor. Prin această metodă, nu se poate deci elimina complet ipoteza sarcinii extrauterine.

La femeia însărcinată, ecografia dă informaţii asupra:

– Vârstei sarcinii, cu o aproximaţie de trei zile, cu condiţia ca examenul să fie făcut înaintea celei de-a zecea săptămâni de sarcină prezenţei gemenilor sexului copilului unei eventuale malformaţii a fătului, fie ea chiar uşoară.

CERCETAREA PENTRU DIAGNOSTICAREA SÂNULUI

MAMOGRAFIA

Se practică sistematic atunci când un sân prezintă o îngroşare anormală. (Vezi pag. 289.)

ECOGRAFIA

Acest examen se utilizează în completarea unei mamografii, când aceasta lasă loc îndoielilor.

Prin ecografie se poate obţine o indicaţie asupra consistenţei unui nodul observat, dând astfel informaţii privind eventuala lui natură malignă. Se va putea şti astfel, dacă este vorba de o tumoare solidă, sau un chist lichid.

Ecografia mai permite vizualizarea unei zone profunde a sânului pentru o citopuncţie.

Ea are totuşi anumite limite. Este puţin eficace pentru depistare. Astfel, deşi permite vizualizarea unui nodul descoperit prin palpare de către medic, cu ajutorul ei nu se poate detecta o leziune mică, aflată mai în profunzime.

Principiul termografiei se bazează pe faptul că tumorile, asemenea tuturor zonelor bogat vascularizate, emit căldură.

Ea constă în vizualizarea în culori a căldurii degajate de sâni. Este din ce în ce mai puţin folosită, deoarece poate fi sursa unor erori de diagnostic. Astfel, tumorile benigne pot fi „calde”, cum la fel de bine cele maligne pot fi „reci”.

Termografia este un examen ineficient de depistare.

Poate fi totuşi util, pentru urmărirea evoluţiei unei tumori deja localizate printr-o mamografie.

XEROGRAFIA

Este vorba de o radiografie a sânilor, care necesită o iradiere mai puternică decât pentru o mamografie. Din această cauză, mulţi radiologi renunţă la această tehnică, cu toate că ea aduce informaţii asupra leziunilor profunde, care nu se văd întotdeauna bine la mamografie.

GALACTOGRAFIA

Acest examen nedureros se practică atunci când se observă scurgeri de lichid dintr-un por al mamelonului.

Examenul constă în injectarea prin por a unui produs, care se răspândeşte în canalul galactofor incriminat. Ca urmare, acesta devine vizibil la mamografie şi poate fi examinat.

CITOPUNCŢIA

Citopuncţia constă în aspiraţia cu ajutorul unui ac fin, montat pe **o** seringă, a unei cantităţi de lichid din interiorul unui chist, sau a câtorva celule dintr-un mic nodul simţit de ginecolog şi apoi reperat la mamografie.

Acest examen este cerut de către medic, atunci când trebuie precizat un diagnostic pus pe baza unei mamografii.

Celulele extrase se fixează pe o lamelă de sticlă, înainte de a fi examinate la microscop. Şi lichidul extras dintr-un chist este examinat în acelaşi fel.

Citopuncţia nu este dureroasă şi nu necesită niciun fel de anestezie. Un rezultat negativ al citopuncţiei nu are valoare de diagnostic. El reprezintă doar o primă indicaţie.

BIOPSIA

Acest examen completează citopuncţia. Prin biopsie se efectuează o prelevare mai importantă de ţesut dintr-o tumoare, ceea ce dă posibilitatea obţinerii unui diagnostic mai precis. Biopsia se practică sub anestezie generală.

INTERVENŢIILE CHIRURGICALE

Intervenţiile pe uter

CHIURETAJUL

Chiuretajul constă în „răzuirea” endometrului, adică a mucoasei uterine, cu ajutorul unei raclete fine, care se introduce prin col.

Este vorba de o intervenţie benignă, care se practică totuşi sub anestezie generală sau locală. Durează cu totul,

circa douăzeci de minute.

CÂND SE PRACTICĂ UN CHIURETAJ?

Această intervenţie se practică în cazul:

– Unui avort spontan, pentru înlăturarea resturilor neexpulzate

– Unei întreruperi voluntare de sarcină, pentru eliminarea unui ou pe cale de dezvoltare, chiuretajul completând tehnica aspirării

– Sângerărilor din afara perioadei menstruaţiei

– Polipilor, a căror prezenţă a fost relevată prin histerografie (vezi pag. 292) caz în care chiuretajul tinde să fie înlocuit din ce în ce mai des printr-o histeroscopie, care permite, în acelaşi timp, vizualizarea uterului în interior şi secţionarea şi prelevarea de mici excrescenţe ale mucoasei (vezi pag. 293).

CARE SUNT URMĂRILE CHIURETAJULUI?

După un chiuretaj:

– Sângerările sunt puţin abundente; trebuie să-i semnalaţi medicului orice sângerări pe care le consideraţi excesive

– Nu folosiţi tampoane interne, ca să evitaţi orice risc de infecţie, care s-ar putea manifesta prin scurgeri

neobişnuite şi rău mirositoare; în acest caz, prezentaţi-vă de urgenţă la ginecolog

– Va trebui să aşteptaţi reînchiderea completă a colului, care durează circa o săptămână, înainte de a avea din nou raporturi sexuale. Aceasta, ca să eliminaţi orice risc de infecţie.

HISTERECTOMIA

Histerectomia înseamnă *ablaţia uterului*

Există trei tipuri:

– *Histerectomia subtotală*

Se extirpă doar corpul uterului. Colul este păstrat.

– *Histerectomia totală*

Prin această intervenţie se înlătură întreg uterul, adică atât corpul cât şi colul.

– *Histerectomia totală lărgită*

Ablaţia completă a uterului, precum şi a părţii superioare a vaginului, a trompelor şi a ovarelor. Această intervenţie este necesară, când există un cancer într-un stadiu avansat.

În funcţie de importanţa intervenţiei, histerectomia se poate face pe cale vaginală, fără deschiderea abdomenului, sau pe cale abdominală, în acest din urmă caz, incizia se face de obicei pe orizontală, la rădăcina

perilor pubisului, care o camuflează complet, odată refăcută.

CÂND SE PRACTICĂ O HISTERECTOMIE?

Condiţiile care fac recomandabilă o histerectomie sunt mai mult sau mai puţin imperative, dar e mai bine să existe avizul a doi specialişti, fiindcă mulţi medici au încă tendinţa să rezolve un anumit număr de probleme ginecologice pe cale chirurgicală.

Într-un anumit număr de cazuri, histerectomia este indispensabilă:

– Un cancer al uterului, al trompelor sau al ovarelor

– Hemoragii repetate şi foarte abundente

– Un fibrom care provoacă hemoragii importante, sau care jenează buna funcţionare a unui organ situat în apropiere, ca vezica

– Un prolapsus, adică o descindere a uterului în vagin, datorată unei relaxări excesive a muşchilor perineului şi a ţesuturilor de susţinere.

CARE SUNT CONSECINŢELE HISTERECTOMIEI?

Orice extirpare a uterului antrenează următoarele consecinţe:

– *O oprire definitivă a menstruaţiilor,* deoarece acestea se datorează mucoasei uterine care se detaşează şi sângerează

– *Imposibilitatea unei sarcini,* deoarece uterul este receptaculul oului, care acolo se implantează şi acolo se dezvoltă.

Uterul este deci organul feminin prin excelenţă. De aceea, consecinţele histerectomiei sunt adesea de ordin psihologic. Pierderea uterului este un eveniment greu resimţit de femeile tinere, care astfel pierd şi speranţa maternităţii.

Dorinţa de a avea copii este adesea prezentă la femeie într-un mod mai mult sau mai puţin ambiguu. Îi place să ştie că ar putea avea un copil, dacă ar vrea. Acest lucru este pentru ea garanţia feminităţii. Pierderea acestei puteri, fie că survine în urma unei operaţii, fie ca urmare a menopauzei, este întotdeauna resimţită dureros.

Histerectomia este practicată cel mai adesea la femeile care au atins, sau au depăşit 50 de ani. Deci la o vârstă când nu se mai pune problema maternităţii. Uterul este o mică masă musculară, de numai 50 de grame, care se poate ţine în căuşul palmei. Ablaţia lui nu diminuează cu nimic nici dorinţele pe care le resimţiţi, nici cele pe care le inspiraţi. Feminitatea este cu totul altceva.

O HISTERECTOMIE PROVOACĂ O MENOPAUZĂ ANTICIPATĂ?

O histerectomie subtotală, sau totală, nu semnifică începutul menopauzei, deoarece aceasta e declanşată de încetarea funcţionării ovarelor. Când acestea sunt conservate, funcţionează normal chiar în absenţa uterului. Ele secretă estrogenii şi progesteronul care au rolul să asigure buna funcţionare a organelor genitale.

După o histerectomie, veţi continua deci să simţiţi fenomenele sindromului premenstrual, dar nu veţi mai avea scurgeri de sânge. Menopauza va sosi mai târziu, la timpul ei.

Dacă histerectomia este totală, lărgită, cu extirparea ovarelor, menopauza este inevitabilă. Se compensează lipsa de hormoni, când acest lucru este posibil, printr-un tratament substitutiv.

VIAŢA SEXUALĂ ESTE MODIFICATĂ DUPĂ O HISTERECTOMIE?

Odată trecute cele câteva săptămâni necesare cicatrizării şi restabilirii generale, fizice şi morale, nimic nu împiedică reluarea unei vieţi sexuale absolut normale. Ba chiar mai bună decât înainte, fiindcă suferinţa a dispărut.

Sensibilitatea vulvei şi clitorisului rămân intacte. Or, acolo sunt zonele plăcerii feminine. Vaginul îşi păstrează dimensiunile normale şi rămâne lubrifiat când ovarele funcţionează normal.

Restul este o chestiune de dorinţă. Iar dacă dorinţa este influenţată de hormonii noştri ovarieni, ea depinde la fel de mult de starea noastră de spirit.

Dacă aţi acceptat de bunăvoie operaţia, viaţa dumneavoastră sexuală se va regăsi, ameliorată.

CE ATITUDINE SĂ AVEM FAŢĂ DE PARTENER DUPĂ O HISTERECTOMIE?

– *Dacă operaţia a survenit pe când formaţi un cuplu,* partenerul dumneavoastră are toate motivele să vă însoţească la medic. Îi va putea pune întrebările care poate că îl frământă, pentru a fi liniştit la rândul lui, cu privire la viaţa sexuală a cuplului. Această vizită nu poate fi decât benefică. Ea micşorează neliniştea şi permite evitarea micilor eşecuri sexuale, cărora le cad victime bărbaţii, în asemenea momente, din cauza lipsei de informaţii.

– *Dacă aveţi un nou companion după operaţie,* nu este întotdeauna util şi necesar să-l puneţi la curent cu privire la ablaţia uterului dumneavoastră. Nu că ar fi un lucru ruşinos, dar bărbaţii în general se simt adesea jenaţi şi nu foarte curioşi în privinţa problemelor ginecologice ale

femeilor.

MIOMECTOMIA

Înseamnă ablaţia unuia sau mai multor fibroame, numite şi mioame, fără extirparea uterului.

Intervenţiile pe colul uterin

CONIZAREA

Înseamnă *ablaţia în formă de con, a unei bucăţi din col,* pentru eliminarea unui cancer debutant, sau a unei leziuni importante, care ar putea evolua în cancer (displazie). Conizarea se efectuează cu bisturiul sau cu laserul.

ELECTROCOAGULAREA

Porţiunea lezată sau infectată a colului este arsă superficial cu ajutorul unui mic electrod.

Această intervenţie uşoară trebuie făcută sub colposcopie, de către un ginecolog obişnuit cu acest tip de operaţii. El va avea grijă să nu atingă micile glande secretoare ale glerei şi să nu provoace obstrucţionarea unui canal cervical.

CRIOTERAPIA

Leziunile se cauterizează prin frig, cu ajutorul azotului lichid.

LASERUL

Distrugerea leziunilor cu laserul se practică în

clinică. Laserul permite eliminarea leziunilor cu precizie şi în profunzime.

Intervenţiile asupra ovarelor

REZECŢIA

Rezecţia este *ablaţia porţiunii bolnave a unui ovar,* sănătos în rest.

Chirurgii se străduiesc întotdeauna să recurgă la metode cât mai puţin mutilante posibil, mai ales când intervin asupra femeilor care încă nu au avut copii.

OVARIECTOMIA

Înseamnă *ablaţia unui ovar* sau a amândurora. Ovariectomia se practică atunci când ovarul suferă:

– De un cancer

– De un chist care ameninţă integritatea ovarului

– De orice infecţie gravă.

Ovariectomia ovarelor sănătoase este adesea propusă femeilor care au mai mult de 40 de ani, şi care trebuie să suporte o ablaţie a uterului (histerectomie, vezi pag. 302), pentru a se evita orice risc de cancer mai târziu.

Dacă sunteţi la menopauză, sau aproape de

menopauză, ablaţia ovarelor nu atrage nicio consecinţă.

Dacă sunteţi încă departe, ovariectomia va provoca o menopauză anticipată.

Totul depinde de cauza care a condus la histerectomie. Dacă este un cancer, extirparea trompelor şi ovarelor este fără îndoială o măsură prudentă. Dacă este vorba de un fibrom, ovariectomia nu este obligatorie. În acest caz, riscul de cancer nu e mai mare decât pentru oricare altă femeie.

CARE ESTE CONSECINŢA ABLAŢIEI OVARELOR?

Ablaţia ovarelor atrage după ea o menopauză anticipată, cu toate tulburările legate de aceasta. (Vezi pag. 95.)

În măsura în care ablaţia nu este consecinţa unui cancer, tratamentul hormonal compensator poate fi luat în considerare. (Vezi pag. 108.) Medicului care vă tratează îi revine sarcina de a lua o decizie în această privinţă.

Intervenţiile asupra trompelor

SALPINGECTOMIA

Este *ablaţia trompei deteriorate,* ca urmare a:

– Unei infecţii repetate (salpingite)

– Unei sarcini extrauterine, care a produs ruptura trompei. Ovarul rămâne la locul lui.

SALPINGOPLASTIA

Este *reparaţia trompei* prin chirurgie plastică. Această situaţie poate interveni după o sarcină extrauterină sau după o salpingită acută. Este vorba despre o operaţie foarte delicată, deoarece trompele sunt extrem de fine. Interesul pentru această operaţie este imens, deoarece ea poate reda posibilitatea fecundaţiei naturale.

STERILIZAREA TUBARĂ

Este vorba de ceea ce se numeşte în mod curent *ligatura trompelor.* Scopul ei final este imposibilitatea definitivă de a mai rămâne însărcinată. Din această cauză, ea nu poate fi considerată o metodă contraceptivă, deoarece sterilitatea care rezultă în urma ei este ireversibilă.

CONCLUZIE

După lectura acestui ghid, va trebui să vă cunoaşteţi

mai bine corpul şi fenomenele pe care el le trăieşte ciclic. Aţi descoperit, de asemenea, că organele şi funcţiile lor pot fi fragile. Atunci, nu le neglijaţi. Mergeţi să fiţi examinată cu regularitate de medicul ginecolog.

Nu închideţi ochii când e vorba de urme de sânge, un mic nodul la sân sau o durere neobişnuită. Pentru sănătate, ca şi pentru alte lucruri, timpul pierdut nu se mai întoarce înapoi.

LEXIC

Acin: parte secretoare a glandei mamare, responsabilă de fabricarea laptelui.

Amenoree: absenţa menstruaţiei.

Amniocenteză: prelevare de lichid amniotic de la o femeie însărcinată, pentru descoperirea eventualelor malformaţii la viitorul copil.

Anticorp: substanţă produsă de organism pentru neutralizarea unui antigen.

Antigen: substanţă toxică determinând, la introducerea în organism, fabricarea de anticorpi.

Biopsie: prelevarea unui fragment de ţesut pentru analiza celulelor.

Celioscopie: examen al organelor genitale interne efectuat cu ajutorul unui instrument optic introdus în abdomen, după o mică incizie. Se practică sub anestezie generală.

Cervicită: inflamaţia colului uterin.

Colostrum: laptele care apare imediat după naştere, sau uneori chiar în ultima parte a sarcinii.

Colposcopie: observarea colului uterin cu ajutorul unei lupe puternice. Se realizează în cabinetul ginecologic.

Condiloame: mici excrescenţe situate pe colul

uterin, cauzate de un virus transmis pe cale sexuală.

Conizare: ablaţia unei părţi a colului uterin.

Corp galben: nume dat foliculului ovarian după ovulaţie.

Densitometrie osoasă: evaluarea densităţii osoase prin radiografia vertebrelor pentru estimarea riscurilor de osteoporoză.

D.I.U.: dispozitiv intrauterin, sau sterilet. Metodă de contracepţie.

Dismenoree: menstruaţie dureroasă.

Dispareunie: dureri simţite în timpul actului sexual.

Displazie: leziuni celulare necanceroase, care pot evolua în cancer. Pot fi observate de timpuriu la nivelul colului uterin, cu ajutorul unui frotiu.

Distrofie ovariană: funcţionare necorespunzătoare a ovarelor, datorată unor chisturi de mici dimensiuni.

Endometrioza: prezenţa unor fragmente de endometru în afara cavităţii uterine.

Endometru: mucoasa uterină.

Fecundaţie: unirea ovocitului, celula sexuală feminină, cu spermatozoidul, celula sexuală masculină.

Fibrom: tumoare benignă a uterului.

Fivetă: fecundarea in vitro şi transplantarea embrionului.

Folicul ovarian: corpuscul celular care protejează şi hrăneşte ovocitul. În fiecare lună, un folicul se rupe pentru a elibera un ovocit. Aceasta este ovulaţia.

Frotiu: prelevare de celule de pe colul uterin şi din vagin. Examen simplu şi foarte eficace pentru depistarea precoce a unui cancer.

F.S.H.: hormon secretat de hipofiză, care stimulează creşterea foliculului ovarian.

Gleră: mucus secretat de glandele colului uterin. Prezenţa ei este indispensabilă pentru ascensiunea spermatozoizilor hiperplazie: dezvoltare anormală, prea mare, a unui ţesut sau a unui organ.

Hipotalamus: structură nervoasă situată în creier, care controlează derularea ciclului menstrual. Hipofiză: glandă mică, situată sub hipotalamus. Hormonii secretaţi de ea, FSH ŞI LH, acţionează direct asupra ovarelor.

Hirsutism: pilozitate excesivă, dezvoltată pe faţă, torace, abdomen şi coapse.

Histerectomie: ablaţia uterului.

Histerografie: radiografia uterului şi a trompelor.

Imunizare: protecţia organismului contra unei boli infecţioase, prin formarea de anticorpi. Se obţine natural, sau prin vaccinare.

Incontinenţă urinară: pierdere involuntară de

urină, ivs: întrerupere voluntară de sarcină.

Leucoree: scurgeri vaginale anormale, cu aspect albicios.

Libido: dorinţa sexuală.

LH.: hormon secretat de hipofiză, care provoacă ruptura foliculului ovarian, ducând la ovulaţie.

Mamografie: radiografie a sânilor. Examen important pentru depistarea unui cancer.

Mastoză: maladie benignă a sânilor.

Menopauză: oprirea funcţionării ovarelor. Manifestarea ei cea mai vizibilă este absenţa definitivă a menstruaţiilor.

Menoragie: menstruaţii prea abundente sau care durează prea mult timp.

Menstruaţie: hemoragie fiziologică din mucoasa uterină, care apare la fiecare 28 de zile, ca urmare a faptului că ovocitul nu a fost fecundat.

Metroragie: sângerare de origine uterină, care survine între menstruaţii.

Micoplasmoză: boală transmisibilă sexual provocată de o bacterie. Responsabilă de inflamarea trompelor (salpingita).

Micoză: infecţie provocată de o ciupercă microscopică.

Miom: fibrom.

Miomectomie: ablaţia unui fibrom de talie mică, realizată pe căile naturale, păstrând uterul.

Osteoporoză: rarefierea ţesutului osos, prin pierdere de calciu.

Ovar: glandă sexuală feminină care păstrează ovocitele şi secretă hormonii feminini, estrogenii şi progesteronul.

Ovocit: celula sexuală feminină, pregătită pentru fecundare. Mai este numită impropriu ovul.

Ovulaţie: moment al ciclului ovarian când ovarul eliberează un ovocit. Pentru un ciclu de 28 de zile, el se situează între a 14-a şi a 17-a zi, numărând din prima zi a ultimei menstruaţii.

Perineu: ansamblu de muşchi şi ligamente, cuprins între vagin şi rect.

Polipi: mici excrescenţe situate pe peretele intern al uterului.

Prolapsus: coborârea unor organe.

Radioterapie: tratament al cancerului cu ajutorul razelor X.

Retroversiune uterină: uter orientat spre spate, într-o poziţie opusă celei normale.

Salpingita: infecţie a trompelor uterine.

Sarcină extrauterină: dezvoltarea oului în afara uterului, în general în una dintre trompe.

Sindrom premenstrual: ansamblu de simptome fizice şi psihice care apar în perioada care precede menstruaţia.

Spermicid: contraceptiv vaginal sub formă de pastilă sau cremă, care distruge spermatozoizii.

Sterilet: dispozitiv contraceptiv, plasat în cavitatea uterină.